Allergologie pratique

N°91

LA REVUE DECEMBRE 2009

ANAFORCAL

REVUE DE L'ASSOCIATION NATIONALE DE FORMATION CONTINUE EN ALLERGOLOGIE

Rhinite et conjonctivite allergiques au pollen de graminées

OSIRIS 300 IR[1]

Extrait allergénique glycérolé

Un geste quotidien pour aujourd'hui et pour demain

IMMUNOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE

ALLERGÈNE PRÉPARÉ SPÉCIALEMENT POUR UN SEUL INDIVIDU

DÉNOMINATION : OSIRIS, solution buccale d'extrait allergénique glycérolé. Allergène Préparé Spécialement pour un seul Individu. **COMPOSITION* :** Extrait allergénique glycérolé. Un flacon contient : 0,1, 1, 10, 100, 200 ou 300 IR/ml d'extrait allergénique standardisé ou 10^{-6}, 10^{-5}, 10^{-4}, 10^{-3} ou 10^{-1} P/V d'extrait allergénique non standardisé. Pour les patients très sensibles, des concentrations inférieures sont disponibles. Pour la liste exhaustive des extraits allergéniques et de leurs mélanges, se reporter au catalogue. **EXCIPIENTS :** glycérol, mannitol, bicarbonate de sodium, chlorure de sodium, eau purifiée. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Solution buccale. **DONNÉES CLINIQUES : INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :** Allergies avérées IgE dépendantes se manifestant notamment par rhinite, conjonctivite, rhinoconjonctivite, asthme allergiques quand l'éviction de l'allergène s'avère impossible ou inefficace. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION : POSOLOGIE :** La posologie, la périodicité des prises et la durée du traitement sont déterminées en fonction de la réactivité de chaque patient. L'immunothérapie spécifique (ITS), une fois indiquée, doit être instaurée le plus précocement possible. Ainsi, chez l'enfant, elle peut débuter généralement à partir de l'âge de 5 ans. Ce traitement doit être instauré en première intention dès que les symptômes de la maladie allergique le justifient. Le traitement débute par une phase d'initialisation (augmentation progressive des doses), suivie d'une phase d'entretien, selon le schéma thérapeutique ci-dessous, donné à titre indicatif, sous condition de bonne tolérance. **Phase d'initialisation :**

	10 IR						300 IR					
Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nombre de doses	2	4	8	12	16	20	2	4	8	12	16	20

Remarque : une solution d'extrait allergénique avec un indice de réactivité plus faible peut s'avérer nécessaire au départ pour les patients particulièrement sensibles. **Phase d'entretien : La posologie quotidienne sera adaptée à la sensibilité de chaque patient. La posologie recommandée va de 10 à 20 doses par jour à 300 IR selon l'avis du médecin. Tout schéma thérapeutique ne peut être proposé qu'à titre indicatif et doit être modulé en fonction de l'état du patient et de ses réactions éventuelles. Durée du traitement :** La durée du traitement est en moyenne de 3 ans en continu, après évaluation de la réponse clinique. Il peut également être pratiqué durant plusieurs saisons successives en cas d'allergie saisonnière.

Mode d'administration : Voie sublinguale. L'administration se fait habituellement le matin à jeun, au moyen de la pipette orale graduée de 0 à 20 doses. La dose à administrer pour une prise est obtenue par aspiration de la solution en tirant le piston de la pipette jusqu'à la graduation correspondant à la dose requise. La solution est déposée sous la langue et gardée 2 minutes avant déglutition. **Contre-indications :** ■ Asthme mal contrôlé. ■ Déficit immunitaire, maladie auto-immune. ■ Affection ou tumeur maligne. ■ Affection cardiovasculaire sévère rendant difficile le traitement d'un possible choc anaphylactique : hypertension artérielle sévère, coronaropathie symptomatique, traitement en cours par bêta-bloquants (y compris les traitements locaux, ex : collyres). ■ Lésions inflammatoires de la bouche (plaie, mycose, aphte, chute ou extraction dentaire récente non cicatrisée). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi*. Grossesse et allaitement*. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*. Effets indésirables*. Surdosage*. PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES* : Classe pharmacothérapeutique :** Allergènes, code ATC : V01A A. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES*. PRÉSENTATION*** : 5 ml ou 10 ml dans des flacons en verre brun de type III de 10 ml. Chaque flacon est fermé par une capsule de couleur différente selon la concentration du produit. Pipette orale de 1 ml en polypropylène, graduée de 0 à 20 doses. Coffret contenant 1 à 4 flacons. Il y a dans le coffret autant de pipettes orales graduées que de flacons. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE :** Médicament soumis à prescription médicale. Remboursé par la Sécurité Sociale à 65%. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION NOMINATIVE :** Virginie LEDUC - Pierre MENOZZI - ALK-Abelló - F-55270 Varennes en Argonne - Tel. (Information médicale et Pharmacovigilance) : 03 29 80 24 24. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :** Janvier 2009.

* Pour une information complémentaire, consulter la monographie du produit.

1 Autres concentrations disponibles : 0,01 - 0,1 - 1 - 10 - 100 - 200 IR. A moduler en fonction de l'état du patient et de ses réactions éventuelles.

ALK ABELLÓ

www.alk-abello.fr

Imaginer la vie sans allergie

AFFU - 273378 - 11109

Allergologie pratique

SOMMAIRE DECEMBRE 2009

ANAFORCAL
ASSOCIATION
NATIONALE de FORMATION
CONTINUE en ALLERGOLOGIE

P.4
EDITORIAL
Agnès Cheynel

P.5>7
DOSSIER
Le poumon sous la mer
Michel Nasr

P.8>11
TEXTE OFFICIEL
Les génériques à l'épreuve de l'allergologie
Marie-Josèphe Jean-Pastor
Le Nouveau Site : Mode d'Emploi
Philippe Bousquet

P.12>13
CAS CLINIQUE
Un cas d'œsophagite à éosinophiles
Dominique Sabouraud

COMPTES RENDUS
VIIIème séminaire Botanique et Allergie d'Obernai

ATELIERS DU CFA 2009

1. Diagnostic et prise en charge des toxidermies :
Annick Barbaud, Claire Bernier
Rapporteur : Christine Pasquet Noualhaguet
2. Allergie et intolérance aux farines et au gluten :
Martine Drouet, Evelyne Paty
Rapporteur : Véronique Lustgarten-Grillot
3. Pièges diagnostics illustrés en dermato-allergologie :
Brigitte Milpied Hosmi, Antoine Khoury
Rapporteur : James Le Sellin
4. Eviction des 6 principaux allergènes de contact :
Marie Sylvie Doutre, Michel Castelain
Rapporteur : N. Benammar-Bouayed
5. Tests médicamenteux en pratique de ville :
Joelle Birnbaum, Jean Pierre Jacquier
Rapporteur : Abdenour Benyounes
6. Conduite à tenir devant une hyperéosinophilie et une hyper IgE :
Benoit Wallaert, Stéphane Guez - Rapporteur : Anaïs Pipet
7. Allergie et recombinants (1) :
Carine Metz-Favre, Evelyne Bloch-Morot
Rapporteur : Kaï Kassmann

P.14>38
QCM : P.39

QUESTION
Quid du SYFALL
Jean-Charles Bonneau

P.40

CONGRES
P.41

STAGE ET FORMATION
CONCOURS PHOTO +
P.42

Allergologie Pratique **est édité par :**
l'ANAFORCAL
siège social:
47 Bd de la République
13100 - Aix en Provence
tel: *04 42 26 20 75*
mail: *anaforcal@wanadoo.fr*
Président: *JP. Dumur*
Secrétaire: *JF. Fontaine*
Trésorier: *B. Girodet*
Dir. de la Publication: *A. Cheynel*
a.cheynel@medsyn.fr
Date de publication des statuts au JO: 8 octobre 1982
Société régie par la loi 1901
Numéro de formateur:
Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 93 13 12301 13 auprés du préfet de région de Provence-Alpes-Côte d'Azur
Numéro d'agrément CNFMC : 100 065
Code APE: *804C*
Numéro de Siret:
348 714 635 000 11 FR 813 487 146 35
Conception Graphique:
http://www.toinov.com
Imprimeur:
imprimerie Ruffié - 09000 - Foix

Allergologie pratique

EDITORIAL

Agnès Cheynel
Secrétaire de Rédaction

A.p. ...mon passe temps!

Lorsqu'en 2006 je suis entrée au bureau de l'ANAFOCAL, c'était pour prendre la suite d'Elisabeth Goyeau à la rédaction d' « Allergologie Pratique » car elle souhaitait passer la main après 14 années de bons et loyaux services. J'avais accepté à la condition de pouvoir rénover la revue de fond en comble. Jean-Pol Dumur et Bruno Girodet m'ont fait confiance, je les en remercie. J'ai donc fait mes premiers pas dans l'édition : choix des rubriques, choix du maquettiste puis élaboration d'une maquette selon un cahier des charges précis. Bref, j'ai découvert un monde qui m'a plu. Aussi, quand à la réunion de bureau de mars 2009, on m'a demandé ce que je souhaitais, j'ai proposé de continuer cette tâche.

Pour vous, je vais passer en revue chacune des rubriques d' *« ALLERGOLOGIE PRATIQUE »* et faire un bref état des lieux. Mais avant de commencer, je vous rappelle qu'il s'agit de *VOTRE* revue et que je ferai bon accueil à chacune de vos propositions.

« Le DOSSIER »

Ces dossiers essaient d'être variés, de balayer tout ce qui touche à l'allergologie de près ou d'un peu plus loin. Merci à tous les auteurs sollicités d'avoir répondu positivement.

« Le TEXTE OFFICIEL »

Ici l'objectif est d'éclaircir, grâce aux explications d'un expert, une information médicale ou juridique ayant fait l'objet d'un texte de loi ou d'un décret, d'un consensus ou d'une référence médicale.

« Le CAS CLNIQUE »

Son objet est d'exposer votre cheminement diagnostic devant un cas clinique qui vous a posé problème et de faire bénéficier de votre expérience notre communauté allergologique. Ici chacun d'entre vous a sa place et j'aimerais être inondée de cas cliniques... malheureusement il n'en est rien !

« Les COMPTES RENDUS »

Cette rubrique est dominée par les comptes rendus des ateliers du CFA qui sont chaque année de meilleure qualité. Où allons-nous nous arrêter ? Mais il s'agit aussi de comptes rendus des séminaires Botanique et Allergie, de procès verbaux du CA ou de l'AG, de la FFA, d'ateliers ou de réunions régionales particulièrement intéressantes...

« PRÉSENTATION DES ASSOCIATIONS »

Une rubrique spéciale a été créée pour que chaque association puisse raconter brièvement son histoire, envoyer une photo des membres de son bureau afin que nous puissions mettre un visage sur un nom. Malheureusement, en métropole, seul le GAIC a répondu présent. Heureusement, nos amis francophones ont relevé le défi... mais il n'est pas trop tard.

« INFOS »

Congrès, formations, stages, réunions d'AREFOCAL, CONCOURS PHOTOS, sortie de livre ou de CD, petites annonces... tout est possible, sachez en profiter.

ALLERGOLOGIE PRATIQUE est lu tous les quatre mois par plus de 1500 allergologues de langue française. C'est le moyen d'expression de l'ANAFORCAL en parallèle du site Internet : **www.lesallergies.fr** qu'il faut dès maintenant aller visiter si vous ne l'avez pas encore fait. Vous avez envie de vous exprimer ?

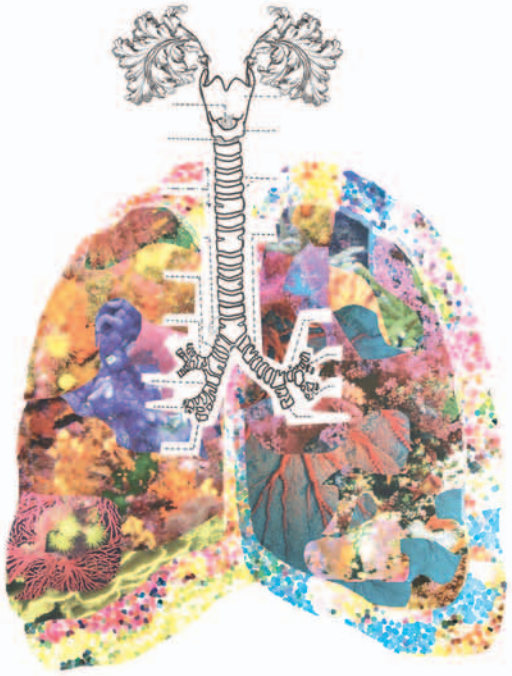
Vous pouvez me joindre : **a.cheynel@mesyn.fr** pour me soumettre vos propositions.

Agnès Cheynel, rédactrice

PS : Vous avez remarqué quelques changements dans le numéro 90 car notre maquettiste habituel Antoine DESNOYERS était parti se ressourcer en Amérique du sud. Il avait confié le journal à un collègue de confiance Eric OURTH dont la tâche était difficile, nous le remercions.

Allergologie pratique
DOSSIER

Docteur Michel Nasr
Pneumologue-allergologue



LE POUMON SOUS LA MER

ou Comment conseiller nos patients qui veulent pratiquer la plongée

> Médecin fédéral de la FFESSM
38200 Vienne

La pratique de la plongée s'est considérablement développée ces dernières années grâce en particulier aux nombreux baptêmes proposés en bord de mer mais également lors de voyages exotiques : Mer Rouge, Océan Indien, Mexique, Caraïbes. La plongée peut devenir une activité ludique et sportive banalisée.

Si la plongée dans une eau chaude à 6 mètres lors d'un baptême au milieu de véritables aquarium naturels ne pose pas de risque important surtout si elle est encadrée, il n'en va pas de même si on veut la pratiquer en exploration.

L'hyperbarie entraine des modifications de la physiologie respiratoire qu'il est nécessaire de connaître afin de s'y adapter.

Nous n'aborderons pas dans ce texte les problèmes liés à la décompression. Dans une première partie nous aborderons les éléments de physiologie respiratoire appliquée à la plongée à l'air et ses conséquences barotraumatiques possibles puis nous parlerons de l'asthme et des contrindications de la plongée sous marine dans une deuxième partie.

I.Physiologie respiratoire appliquée à la plongée sous marine

I.1. Les pressions

La pression est une quantité de force appliquée à une surface. On distingue :

- la pression atmosphérique qui est la pression exercée par l'air au niveau du sol.

Au niveau de la mer elle est d'environ 1013 mbar ou hpa (hectopascals) ou environ un bar. Pour simplifier nous utiliserons cette dernière unité.

- la pression hydrostatique qui est la pression exercée par l'eau. Elle augmente de 1 bar par 10 m de profondeur.

- la pression absolue qui est la somme de la pression hydrostatique et de la pression barométrique.

Le tableau suivant indique la variation de la pression absolue en fonction de la profondeur : Tableau 1

T. 1 : Pression absolue en fonction de la profondeur	
- Niveau de la mer :	1 bar
- 10 mètres :	2 bars
- 20 mètres :	3 bars
- 30 mètres :	4 bars
- 40 mètres :	5 bars
- Entre 0 et 10 mètres la pression double	

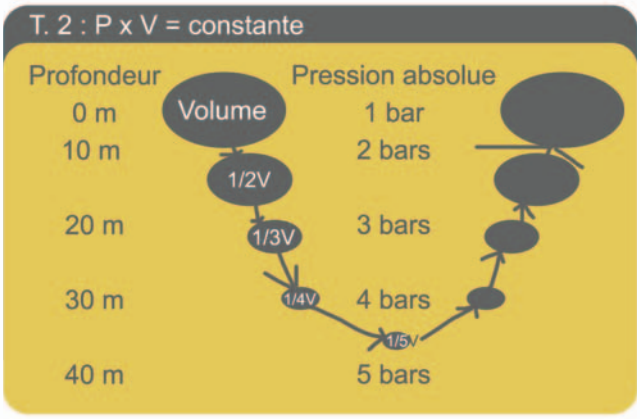
I.2. La loi de Boyle Mariotte :

Pour un gaz de masse et de température constante :

P x V = constante (P est la pression et V le volume). Ainsi plus la pression augmente plus le volume diminue et inversement : Tableau 2, page 6

La variation relative de pression et de volume s'opère surtout entre 0 et 10 mètres (100%) alors qu'entre 40 et 50 mètres elle n'est plus que de 20%.

Ainsi la zone située entre 0 et 10 mètres est considérée à tort comme sécurisante alors qu'elle est potentiellement source de barotraumatisme et de surpression pulmonaire grave.



I.3. Les résistances pulmonaires et l'hyperbarie

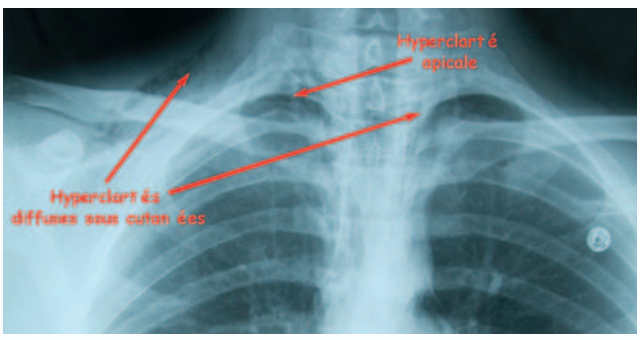
I.3.1. On distingue
- les résistances internes :
> résistances élastiques et visqueuses de l'ensemble thoraco-pulmonaire
> résistances dynamiques au passage du courant gazeux, influencées par la densité du gaz inspiré.
- et les résistances externes liées à l'appareil de plongée

I.3.2. Les résistances augmentent comme la racine carrée de la pression. Ainsi, à 30 mètres la résistance dynamique est deux fois supérieure à celle enregistrée en surface.

I.4. Conséquences physiopathologiques : les barotraumatismes

I.4.1. Les barotraumatismes de la descente
Otites barotraumatiques
Sinusites barotraumatiques
Atteintes dentaires en cas de caries
Placage du masque

I.4.2. Les barotraumatismes de la remontée : la surpression pulmonaire
Il s'agit d'un des accidents les plus graves qui survient lorsque le plongeur bloque sa respiration et n'expire pas l'air emmagasiné. Ceci entraine une augmentation du volume pulmonaire jusqu'à la distension maximale puis une rupture alvéolaire. L'air sous pression passe alors dans la plèvre, le médiastin, les tissus sous cutanés et les vaisseaux pouvant provoquer une embolie gazeuse.



II. Asthme et plongée

II.1. Depuis le début de l'exploration sous marine l'asthme est considéré comme une contre indication à la plongée, or de nombreux asthmatiques plongent, souvent en toute connaissance des risques mais sans forcément avoir une appréciation fondée de ce risque. La prévalence de l'asthme chez les plongeurs serait de 5%, la même que dans une population adulte standard soit un plongeur sur 20 à 40.

Les risques théoriques sont de trois ordres :
- l'accident de décompression par insuffisance de ventilation
- la surpression pulmonaire par rupture alvéolaire lors de la remontée sur trappage intrabronchique
- le risque de noyade par essoufflement, probablement le problème le moins théorique actuellement en cours d'évaluation.

En réalité, les études ne montrent pas de surnombre d'accidents de barotraumatisme dus à des crises d'asthme. Les études du DAN (« Le réseau de sécurité des plongeurs ») montrent que sur 2 millions de plongées, le risque relatif d'aéroembolisme gazeux est de 1,96 pour les asthmatiques tous stades confondus, chiffre qui n'apparaît significatif que pour les asthmatiques actifs.

II.2. Comment différencier les asthmatiques à risque des autres ?

II.2.1. Les critères d'activité de l'asthme sont limités, les classifications habituelles ne sont pas d'un grand secours : un nombre de crises très faibles (moins de 6 par an), bénignes, de courte durée et de faible intensité cédant facilement à une prise de beta 2 mimétiques.
Il n'y a pas de consensus pour déterminer un intervalle raisonnable pour plonger après une crise, les avis d'expert varient de quelques semaines à deux ans...

II.2.2. La normalité des EFR doit être de règle avec un VEMS strictement normal et se ne modifiant pas de plus de 5 à 7% ou de 200ml après test aux beta 2 mimétiques.

II.2.3. La mesure de l'hyperréactivité bronchique est peu intéressante car elle est normale chez 20% d'asthmatique, positive chez les atopiques non asthmatique et chez 10% de la population. Il n'est donc pas possible d'en faire un critère prédictif de survenue d'une crise d'asthme à l'échelon individuel.

II.2.4. La Commission Médicale Nationale de la FFESSM (Fédération française d'études et de sport sous marin) a retenu les contre indications suivantes :

-asthme moyen à sévère, ou asthme de stade 2 du GINA en triant strictement les stades 1
- antécédent de crises sévères

- asthme à l'effort ou au froid
- syndrome obstructif même mineur sur les EFR
- présence d'un traitement de fond pour équilibrer l'asthme

II.2.5. Le tableau ci-dessous résume l'algorithme décisionnel retenu par la FFESSM

T. 3 : Algorithme décisionnel retenu par la FFESSM

Toute notion d'asthme
↓
Évaluation pneumologique souhaitée
EFR avec test de reversibilité
↓
Plus de 6 crises par an
Antécédents de crises graves
Asthme d'effort ou au froid
Syndrome obstructif même mineur
Réversibilité significative sous Béta 2
Nécessité d'un traitement de fond

↙	↘
Au moins un critère : Contre indication	Aucun des critères : Plongée envisageable (à distance d'une crise)

CONCLUSION

La plongée sous marine, sport loisir par excellence, loisir passion pour beaucoup, peut se pratiquer dans des conditions de sécurité optimales si on en respecte les règles et en sachant que le plongeur évolue dans un milieu hostile où l'homme ne peut pas vivre. Il doit donc compter sur les autres et réciproquement.

Ainsi, plonger sans respecter les contre indications met en danger non seulement le plongeur mais aussi toute sa palanquée.

A ce titre ***LA PLONGEE EST UNE ECOLE DE L'HUMANITE.*** C'est un message essentiel.

Quelques références bibliographiques :

1. « La plongée sous marine sportive » : J-P. BONNIN, C. GRIMAUD, J-C. HAPPEY, J-M. STRUB - Masson éditeur
2. « Les accidents du milieu subaquatique et de la plongée libre » mêmes auteurs - Masson éditeur
3. « Diving medicine » BOVE and DAVIS Saunders
4. "Safe Diving" Stracimir GOSOVIC; Best publishing company
5. Sites référents : **www.ffessm.fr** et **www.daneurope.org**

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

ERRATA DE LA REVUE NUMERO 90

Dans le dernier numéro d'Allergologie Pratique (n°90) , 2 erreurs se sont glissées :
1. p.24, paragraphe 3.2. lire :
3.2. Prurit de l'insuffisant rénal chronique
Photothérapie UVB : attention immunosuppression +++
Hémodialysé chronique : Neurontin® 100 mg après chaque séance. Naltrexone (antagoniste des récepteurs aux opioïdes). Nalorex ®. Revia ®. Le prurit disparait parfois uniquement après transplantation.
2. p.28, Tableau 2 lire : Suspicion d'allergie à l'arachide

Allergologie pratique
TEXTE OFFICIEL
Dr Marie-Josèphe Jean-Pastor

Medicaments Genériques et Allergologie

Docteur Marie-Josèphe Jean-Pastor
Centre Régional de Pharmacovigilance de Marseille - Provence - Corse
Hôpital Salvator - Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
249, boulevard de Sainte Marguerite, 13009 Marseille
Tél : 04 91 74 75 60 et Fax : 04 91 74 07 80

Les médicaments génériques, encore appelés essentiellement similaires selon la terminologie de l'Union Européenne, sont présents en France depuis de nombreuses années. La définition légale insérée dans le code de la santé publique (Art L.601-6) a été précisée par la loi du 23 décembre 1998 :

« On entend par spécialité générique d'une autre spécialité, une spécialité qui a :

- La même composition qualitative et quantitative en principe actif, (les excipients peuvent donc être différents ou à une concentration différente)

- La même forme pharmaceutique, (les différents sels et les différentes formes orales à libération immédiate [comprimés, gélules ...] sont considérés comme étant la même forme pharmaceutique et regardés comme tels).

De plus on entend par spécialité générique d'une autre spécialité, une spécialité dont la bioéquivalence avec l'autre spécialité a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité ». La biodisponibilité est définie comme *« la vitesse et l'intensité de l'absorption dans l'organisme, à partir d'une forme pharmaceutique, du principe actif ou de sa fraction thérapeutique destinée à devenir disponible au niveau des sites d'action ».*

Il pourrait y avoir un risque de différence d'efficacité clinique entre un médicament de référence et un médicament générique ou entre plusieurs génériques d'une même spécialité de référence.

En effet, l'étude de bioéquivalence se résume à *« l'équivalence des biodisponibilités »* et on peut de ce fait rencontrer des différences d'efficacité entre le médicament de référence et les médicaments génériques car :

- une biodisponibilité identique ne signifie pas que deux produits ont la même action pharmacologique;
- un écart des paramètres mesurés entre médicament de référence et médicament générique est accepté : les autorités de santé internationales (FDA, EMEA) et françaises ont estimé (consensus d'experts) qu'une différence de -20% à +25% des paramètres de pharmacocinétique n'était pas cliniquement significative ;
- les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères et les différentes formes orales à libération immédiate sont regardés comme ayant la même forme pharmaceutique.

Par ailleurs, les études de bioéquivalence in vivo ne sont pas demandées pour tous les médicaments.
Des études de dissolution comparée in vitro sont suffisantes si le médicament a une marge thérapeutique large (paracétamol...); s'il s'agit d'une solution orale de même concentration et de même forme pharmaceutique; s'il s'agit d'une forme IV de même concentration en principe actif; s'il s'agit d'une forme IM ou SC avec même type de solution (aqueuse ou huileuse), même concentration en principe actif et même composition en excipients.
Pour les produits à action locale (nasale, oculaire, cutanée,...) les études de bioéquivalence ne sont pas faites mais des études cliniques comparatives, en particulier de tolérance, sont demandées.

Ce risque de différence d'efficacité clinique entre un médicament de référence et un médicament générique ou entre plusieurs génériques d'une même spécialité de référence est réel surtout pour des principes actifs à marge thérapeutique étroite. Mais si elles existent, ces différences sont souvent extrêmement difficiles à mettre en évidence car il faut pouvoir éliminer les biais dus à l'effet placebo et à l'observance thérapeutique pas toujours stricte chez certains patients.

Des effets secondaires indésirables peuvent être observés (variables dans les 2 sens d'ailleurs) entre spécialité de référence et spécialité générique si l'une ou l'autre contient un excipient à effet notoire. En effet alors que la composition en principe actif est la même au plan qualitatif et quantitatif, les excipients peuvent être différents et donc des effets indésirables peuvent être observés si l'une ou l'autre des spécialités contient un excipient à effet notoire (par exemple en matière de risque allergique : aprotinine, baume du Pérou, colorants azoïques, huile d'arachide, huile de ricin, huile de sésame, huile de soja, latex, parahydroxybenzoate..).
La liste des 47 excipients à effet notoire ainsi que le répertoire des génériques (avec mention de la présence ou pas d'excipient à effet notoire) sont disponibles dans les premières pages du Dictionnaire Vidal ou sur le site internet de l'Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé.

www.afssaps.sante.fr

La législation actuellement en vigueur conduit donc en réalité à plusieurs types de génériques selon qu'ils sont fabriqués ou non par le même laboratoire que la spécialité de référence, sur des chaînes de production identiques ou non, et selon les excipients qu'ils contiennent. Un générique peut ne pas être la copie conforme du médicament de référence en terme de forme, couleur, taille ce qui peut être source de confusion.
Pour ajouter à la confusion, les effets indésirables décrits dans les Résumés des Caractéristiques des Produits ne sont pas toujours harmonisés entre les génériques.

Enfin pour ajouter à la complexité de la situation, le pharmacien a le droit de substitution : il a le droit de délivrer un médicament générique alors que le médecin a prescrit une spécialité de référence ou un médicament générique différent de celui qui sera délivré.

En pratique que retenir du droit de substitution par le pharmacien ?

- La substitution peut s'effectuer seulement si le prescripteur n'a pas indiqué en toutes lettres sur l'ordonnance : « non substituable ». Et le prescripteur a parfaitement le droit d'inscrire non substituable si c'est justifié et justifiable.
- Le patient peut s'opposer à la substitution.
- L'obligation de substitution n'incombe qu'au pharmacien.
- La substitution peut se faire de générique à générique.

Lorsqu'un pharmacien délivre un médicament autre que celui qui a été prescrit, il indique sur l'ordonnance le nom du médicament délivré et sa forme si celle-ci diffère de celle du médicament prescrit. Il en est de même en cas de délivrance au vu d'une prescription libellée en Dénomination Commune Internationale.

En dépit de ces constatations plusieurs études observationnelles, plusieurs enquêtes nationales de pharmacovigilance n'ont pour l'instant pas démontré l'existence de plus d'effets indésirables graves notifiés avec les médicaments génériques qu'avec les spécialités de référence.

Les risques liés à l'utilisation des génériques pour lesquels des contrôles de qualité sont prévus comme avec les autres médicaments paraissent davantage liés aux procédures de substitution, au manque de transparence administrative et scientifique qu'aux produits eux-mêmes. La vigilance s'impose donc, aussi bien en matière de risques d'erreurs liées à la prescription, à la délivrance et à l'administration qu'en matière de déclaration des événements indésirables en relation avec la prise de produits génériques.

TEXTE OFFICIEL : Medicaments Generiques et Allergie

En allergologie, des effets indésirable imputables aux médicaments génériques (et non retrouvés avec les médicaments princeps) pourraient donc être constatés dans deux types de circonstances :

- du fait d'un index thérapeutique étroit avec risque de sous ou surdosage lors du changement de spécialité de référence ou de générique (cf. différence admise de -20% à +25% des paramètres pharmacocinétiques).
- du fait de la présence d'un excipient à effet allergisant notoire dans le générique et absent dans le produit de référence (et/ou inversement).

Mais en pratique quotidienne de pharmacovigilance, les déclarations convaincantes de tels effets indésirables sont exceptionnelles.

En allergologie et en médecine libérale comment doit-on envisager la prescription d'un générique ou la substitution par un générique sans risque ?

*S'il s'agit d'un traitement **aigu***
ET en l'absence d'allergie connue à un éventuel excipient à effet notoire
OUI : LA PRESCRIPTION D'UN GENERIQUE et/ou LA SUBSTITUTION SONT POSSIBLES.

*S'il s'agit d'un traitement **chronique avec médicament à marge thérapeutique « large »***
ET en l'absence d'allergie connue à un éventuel excipient à effet notoire
OUI : LA PRESCRIPTION D'UN GENERIQUE et/ou LA SUBSTITUTION SONT POSSIBLES.

*S'il s'agit de **l'instauration d'un traitement chronique avec marge thérapeutique « étroite »***
ET en l'absence d'allergie connue à un éventuel excipient à effet notoire
OUI : LA PRESCRPITION D'UN GENERIQUE et/ou LA SUBSTITUTION SONT POSSIBLES MAIS il faudra garder par la suite toujours le même générique.

*S'il s'agit de la **poursuite d'un traitement chronique avec marge thérapeutique « étroite »***
NON : LA PRESCRIPTION SECONDAIRE et/ou LA SUBSTITUTION NE DOIVENT PAS ETRE ENVISAGEES.

Si la forme galénique est particulière : médicament à libération prolongée, médicament sous forme d'aérosol ...
OUI : LA PRESCRIPTION INITIALE d'un produit générique est possible mais il faut avoir la certitude de la poursuite du traitement avec le même générique
NON : LA SUBSTITUTION NE DOIT PAS ETRE ENVISAGEE.
Et il est justifié et justifiable de préciser « non substituable »

Dans tous les cas, EN CAS D'ALLERGIE CONNUE A UN EXCIPIENT NOTOIRE il est prudent pour toute prescription de vérifier la composition complète du médicament (y compris l'excipient en totalité) et une fois choisi le médicament à prescrire, préciser NON SUBSTITUABLE afin de prévenir tout incident dû à une substitution malencontreuse.
Et il est justifié et justifiable de préciser « non substituable »

En conclusion :
afin d'améliorer les connaissances sur les risques éventuels des médicaments génériques (parfois sinon souvent décriés, mais rarement à l'origine d'observation convaincante de pharmacovigilance !!),
il faut déclarer à votre Centre Régional de Pharmacovigilance toutes les observations de réaction non souhaitée (effet indésirable, surdosage, sous-dosage, erreur de prise ...) en relation avec la prise d'un produit générique,
en précisant le nom du génériqueur, la chronologie des événements (dates de prises des médicaments et de l'effet indésirable, évolution), le type de réaction indésirable ainsi que les résultats des tests allergologiques s'ils ont été pratiqués : mais l'absence de tests ou d'examens spécifiques et fiables ne doit pas retarder la déclaration.
Si le produit de référence a été bien toléré avant ou après, ce renseignement précieux doit être signalé lors de la déclaration ou dans le cadre du suivi du dossier.

NOUVEAU SITE : MODE D'EMPLOI

Philippe Bousquet

Comme vous le savez, le site de l'ANAFORCAL fait peau neuve. La nouvelle adresse du site est :

http://lesallergies.fr

Ce site vous est ouvert, il suffit de vous inscrire. Pour cela rien de plus simple, voici le déroulement (cela ne prend que quelques minutes).

Allez à l'adresse du site (http://lesallergies.fr), puis cliquez sur « Connexion Utilisateur », l'onglet bleu qui se trouve sur la gauche de la fenêtre.
Un petit menu se dévoile et laisse apparaître les mots « Créer un nouveau compte ». Cliquez sur ces mots.
Un formulaire d'inscription apparaît. Vous pouvez choisir votre nom d'utilisateur. Pour les utilisateurs de l'ancien site, cela peut être le même nom ou un nom différent, c'est à votre convenance. Complétez ensuite le reste du formulaire.
Enfin cliquez sur le bouton en bas de la page « Créer un nouveau compte ».

Vous allez recevoir un mail à l'adresse mail que vous avez indiquée dans le formulaire précédent. Ce mail contient un lien sur lequel il faut cliquer pour activer votre compte d'utilisateur.
Lorsque vous cliquez sur ce lien, une nouvelle fenêtre apparaît. Cliquez sur le bouton « Se connecter ». Ça y est, votre compte est créé.
Attention, tant que vous n'aurez pas activé votre compte, vous ne pourrez pas y accéder.

Pour changer votre mot de passe et mettre un mot de passe plus familier, indiquez juste ce mot dans les champs « Mot de passe » et « Confirmer le mot de passe », puis cliquez sur le bouton « Soumettre ».

A la question de savoir si on peut utiliser les identifiants de l'ancien site de l'ANAFORCAL sur le nouveau site sans recréer de compte, la réponse est malheureusement non. En effet, pour des raisons de sécurité, il est impossible au webmaster de connaître votre mot de passe. Celui-ci est personnel. Il ne peut donc recréer les comptes à l'identique. Par contre rien ne vous empêche de créer un compte avec les mêmes nom d'utilisateur et mot de passe.

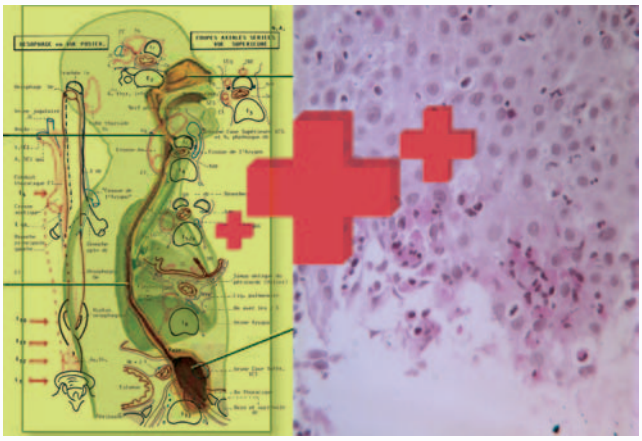
Si par mégarde vous oubliez votre mot de passe, cliquez sur « Connexion Utilisateur » puis sur les mots « Demandez un nouveau mot de passe ». Après avoir indiqué votre adresse mail (celle enregistrée sur le site) et cliqué sur « Transmettre le nouveau mot de passe par e-mail », vous recevrez un mail identique à celui permettant d'activer votre compte. La procédure est alors la même.

Bienvenue sur le site Les Allergies ! | Les Allergies
http://www.lesallergies.fr/
WEBSITOINOV
Les Allergies
Le site des professionnels des allergies
Nous contacter
Connexion utilisateur
News !
Sujets et Corrections Capacité Allergologie :
Les sujets et corrections de la capacité d'allergologie 2009 sont disponibles dans la section CEA / Capacité.
Offre de remplacement :
Remplacement urgent pour plusieurs mois d'un allergologue libéral aux Sables d'Olonne (Vendée). Pour toute information contactez le webmaster qui transmettra les informations.
Bienvenue sur le site Les Allergies !
Le monde de l'allergie fait peau neuve ! Exit les sites sfaic.com et anaforcal.org. Voici le nouveau site des allergies.
Ce site à destination des professionnels en allergologie regroupe la Société Française d'Allergologie, l'Association National de Formation Continue en Allergologie et le Collège des Enseignants en Allergologie. Que vous soyez étudiant, nouvellement formé ou vieux baroudeur, vous trouverez à votre disposition un ensemble de ressources professionnelles ainsi que les dernières informations concernant vos associations.
Bon surf.
Ce site est en cours de développement...
Société Française d'Allergologie
La Société Française d'Allergologie fait suite à la Société Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique. Sur ce site vous trouverez les statuts de l'association, ses membres, des ressources documentaires, les groupes de travail et leurs principales productions

Allergologie pratique
CAS CLINIQUE

UN CAS D'OESOPHAGITE A EOSINOPHILES

Dominique Sabouraud
dsabouraud@chu-reims.fr



Thomas, 3 ans et demi, est d'abord vu en consultation de gastro-entérologie pédiatrique (été 2002) pour des blocages alimentaires à répétition.

Premier épisode à l'âge de 20 mois, alors qu'il mange du poulet : il devient tout pâle, douloureux, essaie de vomir puis présente une hypersialorrhée. L'épisode dure une dizaine de minutes puis tout s'arrange spontanément.
Par la suite vont survenir une vingtaine d'épisodes de blocages alimentaires avec des aliments différents (fruits crus, pommes, cerises, dinde, porc, bœuf, riz, ...) mais avec les mêmes symptômes (odynophagie d'apparition brutale, enfant très douloureux et inconfortable, tentatives de vomissements et hypersialorrhée) très angoissants pour l'enfant. Les repas sont manifestement un moment de stress pour Thomas qui mange le moins possible! Un épisode en Août 2002, nécessite la désimpaction d'un corps étranger (pépin de mirabelle) par fibroscopie digestive haute.
Devant ces épisodes de blocage alimentaire douloureux, le diagnostic de mégaoesophage (dilatation de l'œsophage due à un trouble de la motricité du segment inférieur) est évoqué et Thomas bénéficie alors d'une manométrie œsophagienne et transit oeso-gastroduodénal qui sont en fait tout à fait normaux, éliminant ce diagnostic.

Une deuxième puis une troisième fibroscopies digestives sont faites en Octobre 2003 (blocage avec un morceau de pomme) et en Juillet 2004 (blocage avec un morceau de viande) Après désimpaction du morceau de pomme, on constate une fissuration du tiers moyen de l'œsophage et l'enfant est mis sous inhibiteurs de la pompe à protons dans l'hypothèse d'une œsophagite.

Puis un bilan complémentaire, à la recherche d'une compression extrinsèque ou intrinsèque
(scanner thoracique, échographie cardiaque, nouveau TOGD) est réalisé, ne montrant d'anormale que la pauvreté des contractions péristaltiques.

En reprenant alors le dossier (courant 2004), on met en évidence une hyperéosinophilie sanguine (entre 1,1 et 2 G/l pour une normale inférieure à 0,5G/l) à plusieurs reprises. Il existe aussi un terrain atopique personnel et familial : Thomas a de l'eczéma apparu vers l'âge de 3 ans sur une peau sèche et des symptômes, depuis ses 18 mois, survenant au printemps et pouvant évoquer une rhinoconjonctivite allergique.

Le diagnostic d'œsophagite à éosinophiles est alors évoqué et une nouvelle fibroscopie digestive avec biopsies œsophagiennes est alors réalisée (en Septembre 2004). L'endoscopie retrouve une sténose œsophagienne cervicale et un œsophage rétréci mais la muqueuse est d'aspect normal. L'analyse histologique montre « un épithélium œsophagien qui est le siège d'une exocytose à polynucléaires éosinophiles majoritaires », il y a plus de 20 éosinophiles par champ ce qui confirme le diagnostic .Thomas a alors 5 ans et 9 mois.

Thomas est alors adressé en consultation d'allergologie. L'interrogatoire retrouve une rhinite et des éternuements quotidiens, avec parfois un prurit oculaire. Les symptômes sont renforcés au printemps, d'avril à juin. Le bilan allergologique montre des tests cutanés et des IgE spécifiques positifs aux acariens, pollens de graminées, alternaria et bouleau , les IgE totales sont très augmentées à 1048 U/ml.
Sur le plan alimentaire, les résultats des différents tests (pricks, patchs tests et IgEsp), confrontés à la clinique et aux aliments responsables des blocages ne permettent pas de conclure quant à la responsabilité d'un (ou des) allergène (s) alimentaire (s) précis.
En raison de la fréquence des symptômes et de l'aspect de l'œsophage à l'endoscopie, un traitement par corticothérapie per os (CORTANCYL) est initié dès le mois d'Octobre 2004, à doses dégressives (débuté à 1,5 mg/kg/j un jour sur deux).
L'amélioration est immédiate sous corticothérapie, permettant une alimentation élargie et l'ingestion de morceaux de plus grande taille.
Puis le Cortancyl est remplacé par de l'ENTOCORT (Budésonide® en gélules) per os.

Malgré ce traitement, entre 2004 et 2006, persistent de nombreux épisodes de dysphagies voire de blocages alimentaires cédant spontanément ou après corticothérapie intraveineuse (la maman infirmière réalise elle-même les injections dès l'apparition d'un blocage !). Les blocages sont nettement plus fréquents en saison pollinique. Les pollens semblent jouer un rôle, les bilans allergologiques répétés ne parviennent toujours pas à identifier un allergène alimentaire précis.

En décembre 2006, mise en place d'une désensibilisation aux pollens de bétulacées et de graminées, pour d'une part diminuer les symptômes gênants de rhinoconjonctivite allergique mais aussi dans l'espoir d'une amélioration des symptômes de blocage. Cette désensibilisation est faite par vois sublinguale, les gouttes sont recrachées et non pas avalées, pour éviter toute stimulation œsophagienne...
La maman remarque que durant l'augmentation des doses de cette désensibilisation, Thomas présente des petits blocages très vite spontanément résolutifs, après avoir mangé des morceaux de pomme.
Or la pomme croise avec les pollens de bétulacées...
La pomme est donc retirée de son alimentation.

L'amélioration est ensuite nette tant au niveau des symptômes de pollinose que sur le plan alimentaire. Les blocages sont moins fréquents et plus brefs. Il n'y a plus de recours aux corticoïdes IV.

Cependant, un an après le début de cette désensibilisation, en Novembre 2007, Thomas consulte en urgence pour une sensation de blocage alimentaire depuis 72 heures ne cédant pas sous corticothérapie per os. La fibroscopie digestive haute retrouve alors un morceau de poulet bloqué sous le sphincter supérieur de l'œsophage, associé à des lésions d'œsophagite de grade II sur le tiers inférieur de l'œsophage.
L'enfant est remis sous inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et sous corticothérapie inhalée déglutie (budenoside PULMICORT®), la désensibilisation et le traitement antihistaminique étant poursuivis.

Les épisodes de blocage alimentaire se raréfient, puisque, depuis novembre 2007, on en décompte uniquement deux (en Mai 2008 et Février 2009) n'ayant pas nécessité de fibroscopie. Un des deux épisodes a été occasionné par l'ingestion d'une cuillère de riz. Une dysphagie intense a suivi, puis des vomissements violents permettant la résolution spontanée de l'épisode. L'éviction définitive du riz est alors décidée, en effet Thomas a déjà présenté d'autres épisodes déclanchés par le riz, cet épisode-ci a été très immédiat, déclanché par une toute petite quantité de riz. Les tests cutanés sont négatifs, les IgE spécifiques très peu positives à 0,15U/ml.

Actuellement, Thomas va bien, il bénéficie d'un double suivi à la fois en allergologie et en gastro-entérologie.
Il a 11 ans, sa croissance staturo-pondérale est régulière (poids au 50éme percentile pour une taille à la moyenne). Il poursuit sa désensibilisation de façon perannuelle, il reste encore assez gêné au printemps, au niveau oculaire surtout. Il bénéficie d'une corticothérapie inhalée déglutie chaque année de mars à septembre.
Une fibroscopie de contrôle avec biopsies est prévue prochainement.
Nous avons récemment appris que la petite sœur de Thomas, 20 mois avait présenté elle aussi plusieurs épisodes de blocage alimentaire spontanément résolutifs avec pour elle aussi un terrain d'eczéma et des signes de rhinoconjonctivite au printemps cette année. Elle n'a pas encore été explorée...

DISCUSSION

L'œsophagite à éosinophiles est une pathologie rare mais semble-t-il en augmentation de fréquence (meilleur diagnostic ou augmentation parallèle à l'augmentation de fréquence des pathologies allergiques ?).

Il est important de savoir évoquer ce diagnostic chez un enfant présentant des blocages alimentaires (symptômes inhabituels chez l'enfant) et ce d'autant plus qu'il existe un terrain atopique associé.

Le diagnostic est histologique avec présence à la biopsie œsophagienne d'au moins 15 éosinophiles par champ au fort grossissement (×400 HPF).

Le bilan allergologique est indispensable à la recherche d'une ou de plusieurs allergie(s) alimentaire(s). Dans notre observation, les allergies respiratoires prédominent (pollens de graminées et de bétulacées) et semblent jouer un rôle dans les blocages alimentaires. Seule la pomme et surtout le riz ont été identifiés comme aliments capables de déclencher un blocage.

Le traitement repose sur l'éviction des aliments identifiés, la corticothérapie inhalée déglutie est également efficace (budésonide ou fluticasone).

Pour Thomas, la désensibilisation sublinguale aux pollens de bétulacées et de graminées, poursuivie à l'année semble également avoir permis de diminuer la fréquence et l'intensité des épisodes de blocage. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'articles sur le rôle de la désensibilisation dans la prise en charge de l'œsophagite à éosinophiles.

Bibliographie :

Pentiuk S et al, Dissociation between symptoms and histological severity in pediatric eosinophilic oesophagitis . J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(2) : 152-60

Bonis PA. Putting the puzzle together : epidemiomogical and clinical clues in the etiology of eosinophilic esophagitis. Immunol Allergy Clin North Am. 2009; 29(1) : 41-52

Collardeau-Frachon S et al "eosinophilic esophagitis, an emerging disease" Ann Pathol 200; 27 (6) : 417-425

De Angelis P et al. Paediatric eosinophilic esophagitis : towards early diagnosis and best treatment. Dig Liver Dis 2006; 38 (4) : 245-51

Fogg MI et al, Pollen and eosinophilic oesophagitis. J Allergy Clin Immunol 2003; 112(4) : 796-7

Thomas : histologie oesophagienne : coloration HES x 400 (voir illustration de début d'article)

COMPTES RENDUS

VIIIème séminaire Botanique et Allergie d'Obernai

ATELIERS DU CFA 2009

1. Diagnostic et prise en charge des toxidermies :
Annick Barbaud, Claire Bernier
Rapporteur : Christine Pasquet Noualhaguet

2. Allergie et intolérance aux farines et au gluten :
Martine Drouet, Evelyne Paty
Rapporteur : Véronique Lustgarten-Grillot

3. Pièges diagnostics illustrés en dermato-allergologie :
Brigitte Milpied Hosmi, Antoine Khoury
Rapporteur : James Le Sellin

4. Eviction des 6 principaux allergènes de contact :
Marie Sylvie Doutre, Michel Castelain
Rapporteur : N. Benammar-Bouayed

5. Tests médicamenteux en pratique de ville :
Joelle Birnbaum, Jean Pierre Jacquier
Rapporteur : Abdenour Benyounes

6. Conduite à tenir devant une hyperéosinophilie et une hyper IgE :
Benoit Wallaert, Stéphane Guez - Rapporteur : Anaïs Pipet

7. Allergie et recombinants (1) :
Carine Metz-Favre, Evelyne Bloch-Morot
Rapporteur : Kaï Kassmann

SFA - ANAFORCAL

4e Congrès Francophone d'Allergologie
Paris
Palais des Congrès Porte Maillot
14 au 17 avril 2009

Huitieme seminaire Botanique et Allergie 29-31 mai 2009 > Obernai

Agnès Cheynel

Obernai, sise au pied du Mont Sainte Odile à quelques encablures du Rhin, au milieu des vignes fut une destination idéale pour la huitième édition du séminaire Botanique et Allergie organisé conjointement par la SFA et l'ANAFORCAL avec la participation active des Jardins Botaniques de France et des Pays Francophones.
Les 80 places proposées ont été pourvues en l'espace de trois jours, témoin d'un choix judicieux. Comme chaque année, les inconditionnels côtoient les « bleus », toujours dans une ambiance sympathique. Chacun est à l'écoute attentive des plantes en sachant qu'en botanique, « on écoute surtout avec ses yeux ».
Cette édition, supervisée par les responsables d'étape, Gabrielle Pauli et Nicolas Hut, s'est déroulée sous un soleil généreux bien que parfois masqué.

Le vendredi soir une soirée d'accueil était organisée sous un tulipier de virginie en fleur au sein de la verdure.
Le samedi, Jean Pol Dumur représentant la SFA et l'ANAFORCAL et Philippe Richard au nom des jardins botaniques ont lancé la matinée communications après un bref rappel de l'historique des séminaires Botanique et Allergie puis ils ont donné la parole aux orateurs.

LES COMMUNICATIONS MEDICALES

1. Carine Metz-Favre avait en charge « L'apport de la biologie moléculaire dans le diagnostic des pollinoses au frêne et au bouleau ». Pas à pas, elle nous a donné les clés permettant de distinguer un pollinose au bouleau (bétula) d'une pollinose au frêne (fraxinus excelsior) ce qui n'est pas toujours évident chez nos patients. En effet les données botaniques montrent une répartition géographique assez superposable pour ces deux arbres et une période de pollinisation synchrone sur les relevés polliniques. Cependant, certaines caractéristiques cliniques pourront orienter. Une pollinose au bouleau pourra être plus précoce en raison d'une allergie croisée aux autres bétulacées. Elle est fréquemment associée à une allergie alimentaire par allergie croisée. Mais parfois, il faut recourir à l'allergie moléculaire où Bet v 1 (r Bet v 1) est le marqueur de la pollinose au bouleau et Fra e 1 celui de la pollinose au frêne (n Ole e 1).

2. Gabrielle Pauli avait la lourde charge de nous expliquer « Pourquoi certains pollens sont allergisants et d'autres pas ». C'est à la littérature que la réponse a été demandée. Après un rappel du postulat de Thommen disant que pour être allergisant, un pollen doit être anémophile, quantitativement abondant (il existe une relation dose-réponse entre les concentrations aériennes en pollen et les manifestations associées), léger et provenant d'une plante suffisamment commune dans la région considérée. Toutes ces propriétés ne sont cependant pas suffisantes car certains pollens présents en grandes quantités ne sont pas forcément responsables de sensibilisation. Le risque allergique (RA) est une donnée sanitaire qui dépend du potentiel allergisant du pollen, de la zone géographique d'émission, de la quantité de pollen dans l'air, des conditions météorologiques et des observations cliniques. Ce risque est variable selon la région pour un même pollen et peut varier au cours du temps comme ce fut le cas pour le pollen de cyprès dans le sud de la France et celui de bouleau à Strasbourg. certains facteurs physiques (taille, stabilité, solubilité, forme structurale...) peuvent être à l'origine de l'allergénicité mais aucun n'est déterminant. D'autres facteurs sont donc à prendre en compte : rôle de facteurs entrainant le Switch T2 et la production d'IgE (facteurs génétiques, facteurs liés aux fonctions propres des allergènes telles que les activités enzymatiques). Les facteurs environnementaux adjuvants comprennent d'autres composants de l'exine et de l'intime des pollens, les PALMS (pollen associated lipid mediators) encore appelés « cargo lipidiques » ainsi que des phytoprostanes et les oxylipides. La co-exposition avec des NADPH-oxydases entraine la libération d'oxydants à l'origine de réactions inflammatoires. Les hypothèses qui méritent d'être retenues sont à l'heure actuelle de possibles variations quantitatives et qualitatives en protéines allergéniques libérées, un contenu en PALMS variable et la présence de plus ou moins de substances oxydatives à effet proinflammatoire.

3. Jérôme Laurent a abordé les « pollinoses rares induites par les arbres ». Après avoir rappelé le rôle des conditions météorologiques et du trafic automobile sur la dispersion des pollens, les différents pollens d'arbres présents en région parisienne ont été passés en revue. La liste des pollens d'arbres retenue par l'Afssaps a été rappelée et Jérôme Laurent a précisé que ces extraits étaient de qualité très inégale.

COMPTES RENDUS : SEMINAIRE BOTANIQUE ET ALLERGIE

LES COMMUNICATIONS BOTANIQUES

1. Didier Rousseau du jardin botanique de Marnay sur Seine nous a livré la clé de détermination visuelle à utiliser pour identifier les plantes allergisantes. Il nous a rappelé les caractéristiques des monocotylédones et des dicotylédones et un certain nombre de termes utilisés en botanique afin de faciliter la description des plantes que nous rencontrerions lors des sorties botaniques : port buissonnant, inflorescence en grappe, cyme, capitule ou ombelle, calice, corolle, androcée, gynécée, pétiole, foliole...

2. L'intervention de Laurent Bray des jardins Botaniques de la Ville de Paris avait pour titre « Spermaphytes : pollens, insectes et vent ». Il nous a rappelé que les pollens furent d'abord transportés par le vent (plus la plante produit de pollen plus elle assure sa survie) puis plus tard par les insectes (entomophilie) ou d'autres animaux. Les plantes ont alors des fleurs et des inflorescences attractives. Le cas particulier du transport des pollens de baobab par les chauves souris a été évoqué, ainsi que celui de la pollinisation des ophrys par les insectes dont ils prennent la parure et de celle de la fleur de figuier par l'entremise d'un hyménoptère. Qu'il s'agisse de mutualisme ou de coévolution, dans les deux cas les relations sont profitables aux deux parties. Retrouver le diaporama sur le site de l'ANAFORCAL.

3. Maité Demas du Muséum d'Histoire Naturelle de Paris et Philippe Richard du Jardin Botanique de Bordeaux nous ont offert un « Voyage à travers les mots et les paysages pour mieux comprendre la Flore ».Beaucoup de termes ont là encore été définis et expliqués : biôme, biotope, biocénose, phytosociologie, phytocénose...Il s'avère qu'aujourd'hui la quasi-totalité des écosystèmes mondiaux ont été modifiés par l'homme. Il faut retenir qu'un paysage met du temps à se fabriquer (10 000ans), que les espèces changent ainsi que le biotope et peut-être le climat. Mais il faut se méfier des projections dans le temps. A une autre échelle, les différents modes de reproduction des fleurs ont été abordés et cette partie de l'exposé a été illustrée par la phrase de Goethe : « La fleur est une feuille folle d'amour » !

Vous retrouverez ces trois diaporamas sur le site de l'ANAFORCAL **www.lesallergies.fr**

Puis est venue la mise en application de nos acquisitions au cours de deux sorties botaniques.

Le samedi après midi fut consacré à la découverte de la botanique en plaine du Rhin sur la rive allemande. Sous la houlette de nos botanistes, nous avons scruté les bords d'un chemin de promenade (graminées, Sénéçon de Jacob, Knautie des prés, Reine des prés, Rhinanthe...). Puis nous avons poursuivi notre périple en barque sur un bras du Rhin au milieu d'un paysage enchanteur peuplé de ratons laveurs, de couvées de canards et de cygnes et nous avons découvert : Iris, Nénuphars, renoncules d'eau...

Après une agréable soirée de mise en commun de nos impressions et une nuit réparatrice, nous sommes partis dimanche matin à l'assaut du Mont Sainte Odile pour une découverte de la flore des Vosges. Après dissipation des brumes matinales, nous avons pu profiter d'une flore superbe d'une diversité incroyable. Quelle merveille ! Bistorte, droséra insectivore, centaurée, linaigrette, orchis jaune, trèfle d'eau, violette, fleur de myrtille, orchidée violette, oseille...et bien d'autres encore

Nos remerciements chaleureux vont tout naturellement à nos responsables d'étape qui ont fait un travail sans reproche mais aussi aux laboratoires ALK-Abello et Schering-Plough sans le soutien desquels le séminaire n'aurait pu avoir lieu.

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Renoncules

Prairie

Droséra plantes insectivores

Centaurée des montagnes

Knautie des prés

Ophrys bourdon

Trèfle d’eau

Linaigrette

Reine des prés

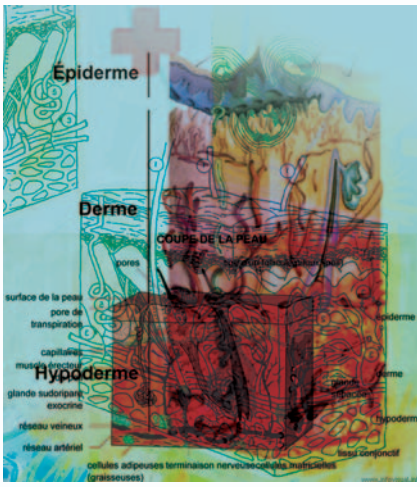
Sénéçon de jacob

Rhinanthe

Iris

DIAGNOSTIC VISUEL ET PRISE EN CHARGE DES TOXIDERMIES

Rapporteur : Christine Pasquet Noualhaguet
Expert Hospitalier : Annick Barbaud
Expert ANAFORCAL : Claire Bernier
Animateur : Henriette Dhiver-Donnadieu



INTRODUCTION

Le diagnostic des toxidermies est avant tout clinique, basé sur l'aspect des lésions. Il repose, par ailleurs, sur l'imputabilité extrinsèque (données de la littérature) et sur l'imputabilité intrinsèque (chronologie, clinique, biologie).

Les facteurs de gravité doivent être systématiquement recherchés.

Le bilan cutané est souvent limité sauf dans le cas d'un mécanisme IgE-médié ou dans les exanthèmes maculo-papuleux.

I. OBJECTIFS

- Reconnaître les principales toxidermies et leurs diagnostics différentiels
- Déceler les signes de gravité
- Connaître les délais d'imputabilité d'un médicament dans la survenue d'une toxidermie
- Donner les conseils pour les prises médicamenteuses ultérieures
- Organiser le bilan allergique d'une toxidermie

II. MATERIEL ET METHODE

L'atelier a réuni 11 participants : 9 allergologues exclusifs, 1 ORL et 1 pédiatre. Le sujet a été abordé à travers 5 cas cliniques qui ont été étudiés en petits groupes puis discutés avec les experts.

III. CAS CLINIQUES

III.1. URTICAIRE ET ANGIOOEDEME

« Nous avons étudié le cas d'une jeune femme de 20 ans qui a présenté une éruption prurigineuse et mobile 2 heures après la première prise d'amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®). » (photo 1)

Dans l'urticaire (U), les lésions sont mobiles et fugaces.
Des signes de gravité sont à rechercher systématiquement comme l'atteinte laryngée, l'hypotension et l'asthme.
L'urticaire apparaît dans les minutes ou les premières heures qui suivent l'exposition à l'allergène.

Les étiologies peuvent être :

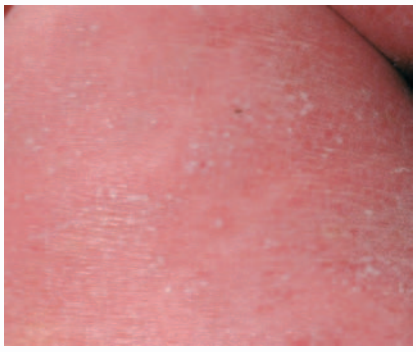
- virale
- médicamenteuse : 10% des urticaires aiguës sont médicamenteuses
- alimentaire
- piqûre d'hyménoptère
- contact
- idiopathique

Le traitement repose sur les antihistaminiques pendant une semaine au moins et l'arrêt du médicament incriminé, l'Augmentin® dans ce cas clinique.

Idéalement, le bilan allergologique est réalisé 6 semaines après la fin de l'éruption par prick tests et IDR aux pénicillines et céphalosporines du fait des allergies croisées. Ces tests guideront versun éventuel test de provocation en milieu hospitalier s'ils sont négatifs.

III.2. LA PUSTULOSE EXANTHEMATIQUE AIGUE GENERALISEE (PEAG)

« Une patiente de 50 ans consulte aux urgences pour un syndrome fébrile associé à une éruption étendue ayant débutée aux plis axillaires et inguinaux (photo 2). *Elle prend du captopril (Lopril®) depuis 1 an, du fluindione (Previscan®) depuis janvier pour une phlébite et de la pristinamycine(Pyostacine®) depuis 2 jours pour une pneumopathie. »*



La PEAG associe un érythème scarlatiniforme diffus, un semis de minuscules pustules stériles localisées surtout au niveau des plis et de la fièvre. L'évolution est favorable en 15 jours avec une desquamation diffuse. Il existe une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

Le délai d'apparition est de 1 à 4 jours. Le traitement repose sur l'ar-

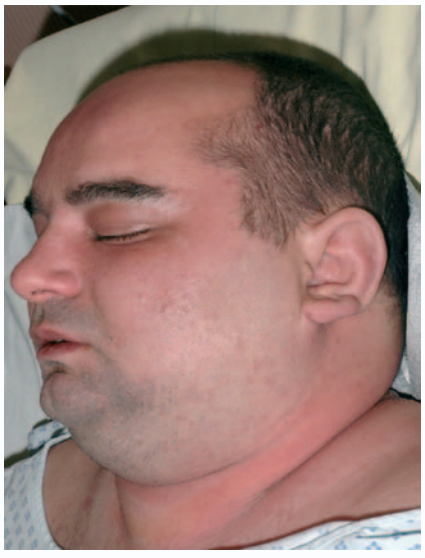
rêt du traitement (pristinamycine), le repos et un éventuel émollient.
Le diagnostic peut être confirmé par des patch tests.

Les médicaments souvent incriminés sont les quinolones, l'aminopénicilline, la pristinamycine, les sulfamides, le diltiazem, la terbinafine et l'hydroxychloroquine.

III.3. LE DRESS (Drug Rection with Eosinophilia and Systemic Symptoms)

« un homme de 30 ans traité pour une épilepsie par carbamazépine (Tégretol®) depuis plusieurs années, lamotrigine (Lamictal®) depuis 6 semaines, signale avoir pris du paracétamol et la veille de l'ibuprofène pour des céphalées. Il présente une altération de l'état général et de la fièvre. L'examen met en évidence de nombreuses adénopathies cervicales, axillaires et inguinales. » (photo 3)

Il consulte aux urgences pour une éruption étendue, érythémateuse, avec œdème.



Le DRESS associe une érythrodermie avec un œdème du visage, de la fièvre, des adénopathies, l'atteinte d'au moins un organe (foie, rein, poumon, cœur) et une hyper éosinophilie >1500.

L'évolution est longue et le pronostic dépend de l'atteinte d'organe (cytolyse hépatique, néphrite interstitielle, pneumopathie, péricardite). On note 5 à 10% de décès.
Le délai d'apparition est long entre 2 et 6 semaines après le début du traitement inducteur.

Le traitement repose uniquement sur la surveillance et la réhydratation.

Les prick tests sont peu rentables et les IDR sont déconseillées en raison du risque de réinduction de la toxidermie. Seuls des patch tests (10% dans eau ou vaseline) peuvent être faits prudemment.
Les médicaments le plus souvent incriminés sont : les antiépileptiques, l'allopurinol, la minocycline (plus fréquent chez le sujet de race noire) et les sulfonamides.

Le DRESS associe une réactivation de virus du groupe herpès (HHV6, EBV, CMV...) et une hypersensibilité médicamenteuse.

III.4. LE SYNDROME DE LYELL

«Une patiente de 60 ans polymédiquée (captopril, atorvastatine, acétylsalicylate de lysine, trinitrine) prend depuis 10 jours du tetrazépam (Myolastan®) pour un lumbago et depuis 48 heures du diclofénac (Voltarène®).
Elle présente brutalement une éruption douloureuse avec des aphtes buccaux. En 48 heures, les lésions s'étendent avec apparition de décollements.»

Le syndrome de Lyell est une nécrose épidermique toxique atteignant plus de 30% de surface corporelle (si < 10% de la surface corporelle c'est un syndrome de Stevens Johnson) avec des pseudo-cocardes érythémateuses douloureuses. Le signe de Nikolsky signe le décollement cutané.
Il existe des lésions muqueuses érosives et une altération de l'état général.

Le traitement repose sur la réhydratation, la prévention des infections, les antalgiques, les soins locaux cutanés et oculaires (50% de séquelles oculaires) et l'arrêt des traitements récents.
Le délai d'apparition est de 1 à 3 semaines. On note 25 à 40% de décès.

Les prick tests et les IDR sont contre indiqués. Des patch-tests dilués sur les sites antérieurement siège d'un décollement peuvent être réalisés avec une faible sensibilité.
La physiopathologie retrouve une prédisposition génétique portant sur le polymorphisme des gènes du HLA B (travaux en cours), la cytotoxicité du médicament, des anomalies enzymatiques, une cytotoxocité des cellules TCD8+ aboutissant à une destruction kératinocytaire par apoptose due à Fas Ligand.

Les traitements souvent incriminés sont les anti-inflammatoires (oxicams), l'allopurinol, les antiépileptiques, le cotrimoxazole et l'isilox.

III.5. L'ERYTHEME PIGMENTE FIXE (EPF)

«Une patiente de 50 ans signale l'apparition de plaques rouges parfois presque bulleuses toujours aux mêmes endroits qui guérissent spontanément. »

L'EPF est caractérisé par 1 à 10 plaques douloureuses plus ou moins bulleuses, sur les membres, le tronc et parfois sur les muqueuses buccales ou génitales, toujours au même endroit, évoluant vers une pigmentation séquellaire (qui peut manquer).

L'origine est pratiquement toujours médicamenteuse. Le délai d'apparition est de 48 heures.
Les traitements fréquemment retrouvés sont les sulfamides, les cyclines, la carbamazépine et le paracétamol.
Des patch tests peuvent être réalisés sur la lésion pigmentée en cas de doute diagnostic.

CONCLUSION : RETENIR

1. Délais d'apparition des différentes toxidermies (page 20)
2. Bilan allergologique (p.20)

Bibliographie :
A.Barbaud « prise en charge globale des toxidermies » Annales de Dermatologie et vénérologie 2007, 134 : 391-401.

COMPTES RENDUS : DIAGNOSTIC VISUEL... DES TOXIDERMIES

1. Délais d'apparition des différentes toxidermies

	% médicamenteux	Délai d'apparition	Risque de décès
exanthème	50/70%	4-14 jours	0
urticaire	10%	Minutes ou heures	0
EPF	100%	24 à 48 heures	0
PEAG	70/90%	< 4 jours	1%
DRESS	70/90%	2 à 6 semaines	5 à 10%
LYELL	70/90%	7 à 21 jours	20 à 25%

2. Bilan allergologique

	PATCH TESTS	PRICK TESTS	IDR
URTICAIRE	Peu utiles. si réalisés lecture à 20 min puis 48h et 96h	Avec dilution en cas de choc anaphylactique	En commençant avec des dilutions importantes du médicament
EXANTHEME MACULO PAPULEUX	utiles	Avant les IDR Parfois positif sur la lecture tardive à 24h	Avec lectures immédiates mais surtout tardives à 24h et plus tard si négatives
PEAG	utiles	Sensibilité inconnue	Sensibilité inconnue
EPF	Utiles sur le site résiduel	Sensibilité inconnue	Sensibilité inconnue
DRESS	Probablement sensibles mais pas de série importante permettant de les évaluer	Sensibilité inconnue	Sensibilité inconnue attention au risque de réintroduction
LYELL	Peu sensibles peut être fait sur les sites de décollements antérieurs	inutiles	Inutiles et potentiellement dangereux
PHOTOSENSIBILITE	Photopatch tests	inutiles	Inutiles
ECZEMA GENERALISE	utiles	Avec lecture retardée à 24h	Avec lectures retardées tardives

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

ALLERGIE ET INTOLERANCE AUX FARINES ET GLUTEN

Rapporteur : Véronique Lustgarten-Grillot
Expert hospitalier : Martine Drouet
Expert ANAFORCAL : Evelyne Paty
Animateur-Organisateur : Frédérique Louis-Donguy

I. OBJECTIFS

- Lister les critères qui permettent d'éliminer une maladie cœliaque
- Enumérer les 5 formes cliniques de l'allergie au blé
- Citer les 4 sortes de protéines constitutives du blé et discerner leur rôle dans les manifestations allergiques
- Proposer une conduite à tenir dans chaque situation clinique d'allergie au blé
- Reconnaître la présence des isolats de blé et décrire leur pouvoir hautement allergisant

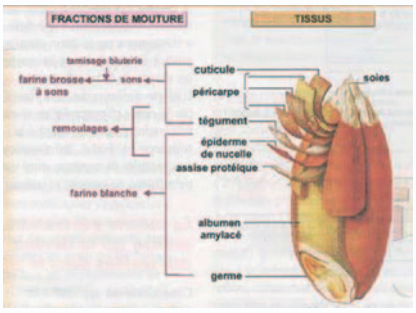
II. MATERIEL ET METHODES

Les participants, allergologues exclusifs, pneumo-allergologues, O.R.L, pédiatres et biologiste sont venus approfondir leurs connaissances sur l'allergie et l'intolérance aux farines. Ces pathologies sont parfois rencontrées mais surtout très évoquées par les patients.
L'atelier a débuté par un aperçu sur la botanique du blé qui a été suivi de quatre cas cliniques qui ont été analysés et critiqués. Enfin un exposé a fait le point sur la maladie cœliaque.

III. BOTANIQUE DU BLE ET FABRICATION DU PAIN

III.1. Composants et leurs utilisations

Le blé appartient à la famille des Poaceaes. La figure 1 représente la structure du grain de blé. Le principal composant est le gluten.
L'orge, le seigle et l'avoine contiennent aussi du gluten. Le riz, le maïs, le sorgo, le millet n'en contiennent pas.
Les isolats sont représentés par du gluten désamidé qui sert de liant surtout dans les charcuteries, le poulet, la viande.
La farine de blé est utilisée dans la fabrication des pains, pâtisseries, pâtes, bières.
L'amidon natif ou modifié sert comme fécule et sirop épaississant.
Le son est utilisé comme fibres dans l'alimentation humaine et animale.
Le germe est transformé en huile (cosmétiques, aliments).
Le gluten est utilisé et valorisé comme liant et émulsifiant.



III.2. Fabrication du pain

Le mélange farine, eau et sel va donner la pâte à pain qui va subir le pétrissage. Dans la pâte on trouve le gluten avec les gliadines qui servent à la viscosité et les gluténines à l'élasticité. Pendant le repos du pain, les levures agissent par fermentation et attaquent l'amidon. Elles produisent du CO_2 qui détend la pâte (et donc le gluten) et forme les alvéoles.
La cuisson se fait à 250° C, la pâte est aspergée d'eau. La décristallisation de l'amidon en cours de cuisson permet une bonne digestion par les enzymes digestives.

IV. L'ALLERGIE AUX FARINES A TRAVERS 4 CAS CLINIQUES

IV.1. Eczéma atopique qui s'aggrave chez un enfant de 12 mois

IV.1.1. L'interrogatoire recherche les différents aliments consommés par l'enfant : le type de lait, la diversification...
L'enquête alimentaire examine le rythme d'introduction des différents aliments.
L'interrogatoire concerne aussi les produits de contact et notamment les topiques appliqués ainsi que l'environnement de l'enfant (animaux par exemple).

IV.1.2. L'examen clinique est complété par l'étude de la courbe staturo-pondérale.

IV.1.3. Le bilan allergologique :

- Les pricks-tests sont effectués pour les principaux pneumallergènes et pour les trophallergènes (lait, blé, œuf, arachide, soja, poisson pour l'essentiel).
Les tests sont faits à partir des tests commerciaux mais aussi avec des aliments « natifs ».
Il a été souligné qu'en ce qui concerne le blé, les tests utilisés concernent la partie soluble alors que le gluten est insoluble (tableau 1). De ce fait, les tests peuvent donc être faussement négatifs.
- Les patch-tests sont également réalisés avec la batterie standard, les produits personnels (indispensables devant tout eczéma sévère) et les atopy patch tests.
Une lecture au retrait et une lecture tardive sont effectuées.
- La recherche d'IgE spécifiques et le taux d'IgE totales sont utiles pour l'analyse des résultats.

IV.1.4. La conduite à tenir

En cas de forte suspicion d'allergie et de bilan négatif, un régime d'éviction pendant un mois peut être envisagé. `Quand le régime d'éviction est contemporain d'une disparition de la dermatite atopique ou d'une très nette amélioration chez un enfant qui ne présente pas spontanément de variations de sa dermatite atopique, le diagnostic peut être retenu.

Dans tous les autres cas (vague amélioration lors de la suppression ou vague aggravation lors de la réintroduction) il n'est parfois pas superflu de supprimer à nouveau l'aliment quelques jours et de le réintroduire une seconde fois pour tester la reproductibilité de ces « vagues » variations. En effet, les réactions retardées telles que l'eczéma peuvent être fluctuantes et une poussée peut très bien être contemporaine d'une réintroduction alimentaire, un peu par hasard. La reproductibilité avec la 2ème réintroduction permet de confirmer ou non le lien de causalité. Cette démarche peut sembler un peu « lourde » mais elle l'est moins qu'un régime sans blé mis en place par excès.

IV.1.5. Le régime d'éviction doit entraîner la suppression de tous les produits comportant les mentions suivantes : blé, froment, orge, seigle, avoine, épeautre, kamut, gluten, amidon de blé, protéines de blé. Il faut par ailleurs faire attention aux produits de soins dermatologiques et cosmétiques qui peuvent contenir des protéines de blé et d'avoine.

Des recommandations concernant des médicaments pouvant contenir du blé doivent aussi être données.

IV.1.6. Le suivi

Les rendez-vous ultérieurs font le point sur l'évolution et permettent d'assouplir le régime en l'adaptant à la dose tolérée.

Un bilan est fait tous les ans. Cette allergie peut disparaître.

Tableau 1

Albumines	Différentes des albumines du LV et des œufs	Hydrosolubles	
Globulines		Solubles dans eau + sel	
Prolamines ou protéines du gluten	Gliadines α, β, γ, ω	Solubles dans l'ethanol	Lentes : ω1, ω2, ω3 Rapides : ω4 ,ω5
	Gluténines	Insolubles ou solubles en solution alcaline	

IV.2. Urticaire généralisée chez un enfant de 5 mois, après introduction de céréales 2ème âge biscuitées dans son alimentation.

IV.2.1. Le bilan met en évidence

- des tests positifs pour la farine de blé native et pour l'extrait de gluten
- la présence d'IgE spécifiques pour la farine de blé et le gluten.

Le diagnostic se fonde sur l'histoire clinique et le résultat des tests. En cas de doute un test de provocation oral est envisagé.

IV.2.2. Conduite à tenir

Une éviction est proposée pour une durée d'au moins 18 mois au terme desquels le bilan est renouvelé. Bien entendu, une trousse d'urgence doit être délivrée et le régime d'exclusion expliqué.

Si les tests au gluten avaient été négatifs, il aurait été intéressant de tester aussi l'orge, le maïs et le seigle afin de permettre leur consommation éventuelle.

IV.2.3. Le suivi

La réintroduction de la farine de blé est tentée en milieu hospitalier dès que les tests cutanés sont négatifs, même si les IgE spécifiques sont encore positives.

La probabilité de guérison est d'environ 80%. Cette allergie disparait assez souvent et rapidement. Il semble que les patients polysensibilisés ont plus de mal à perdre leur allergie.

IV.3. Anaphylaxie induite par l'exercice (AIE) après consommation de blé

Il s'agit d'un homme qui a présenté à trois reprises une urticaire généralisée 30 minutes après le début d'un footing. Pour chacun des épisodes, il a été noté une consommation de blé avant l'effort.

IV.3.1. Le diagnostic évoqué est une AIE en fonction des arguments suivants : délai, reproductibilité, consommation de blé.

Le blé est l'aliment le plus fréquemment responsable de ce type d'allergie (les autres allergènes souvent rencontrés sont : le porc, les fruits comme l'orange, la pénicilline). La quantité de céréales ingérée est peu importante.

L'interrogatoire doit aussi rechercher un asthme d'effort et des cofacteurs potentiels comme la chaleur, la prise de médicament (aspirine, AINS).

IV.3.2. Le bilan comporte

Des pricks-tests aux trophallergènes dont le blé, le gluten et les isolats de blé. Les farines doivent être testées aussi en « natif » : crues, cuites (5 minutes dans l'eau).

La recherche d'IgE spécifiques se fait pour le blé, le gluten et surtout l'Omega5 gliadine.

IV.3.3. Le traitement consiste en l'éviction alimentaire des céréales à base de gluten dans les 4 heures qui précèdent l'effort physique. La trousse d'urgence doit comporter de l'adrénaline injectable, des anti-histaminiques et des corticoïdes.

IV.3.4. L'évolution est variable. Il peut y avoir une disparition d'une durée de 3 ou 4 ans puis

un retour des symptômes.

IV.4. Allergie aux isolats de blé

Il s'agit d'une jeune fille qui présente à deux reprises un œdème du visage avec urticaire généralisée. Le premier épisode survient après la consommation de dinde panée, le second épisode après ingestion d'une saucisse de volaille.

IV.4.1. Le bilan

Les différents pricks-tests aux trophallergènes commerciaux sont négatifs mais le test aux isolats de blé est positif.

Dans ce cas le diagnostic d'allergie aux isolats est posé.

IV.4.2. Le traitement

L'alimentation devra être extrêmement surveillée puisque l'étiquetage n'est pas encore obligatoire. Les isolats sont des ingrédients utilisés dans des préparations industrielles pour leurs propriétés de stabilisants, d'épaississants et d'émulsifiants. Ils prennent la dénomination « protéines de blé » ou « gluten de blé modifié » sur l'étiquetage. De nombreux aliments peuvent en contenir (jambon, viande blanche reconstituée, panures, pâtés, saucisses,...). Certains cosmétiques peuvent aussi contenir ces isolats et la vigilance est de mise.

En ce qui concerne la restauration collective pour cette jeune patiente, il est vivement conseillé le recours aux paniers repas.

Enfin, une trousse d'urgence doit être prescrite.

V. LA MALADIE COELIAQUE

V.1. Epidémiologie

Cette pathologie est plus fréquente qu'on ne le pense et notamment en Europe du Nord, avec 2 pics de fréquence : chez le nourrisson et chez l'adulte de 40-50 ans. La maladie cœliaque atteint environ 10 % des apparentés et justifie une enquête familiale.

V.2. La clinique

Le tableau clinique est parfois évocateur mais il est le plus souvent bâtard.

V.2.1. Chez l'enfant le diagnostic peut se faire devant une histoire clinique qui prend en compte la chronologie (survenue des symptômes par rapport à l'introduction du blé vers l'âge de 6 mois), les symptômes cliniques tels que selles nombreuses, stéatorrhée, distension abdominale, dermatite herpétiforme, apathie, tristesse, pâleur... enfin un début de cassure de la courbe staturo-pondérale. L'examen clinique doit aussi rechercher d'éventuels signes de carence.

V.2.2. Chez l'adulte, le diagnostic est souvent fait vers l'âge de 40-50 ans, face à des symptômes très variés : perte de poids, asthénie, arthralgies, myalgies, dépression, aphtose, colon irritable, douleurs abdominales, diarrhées,...

V.3. Le diagnostic repose sur la recherche d'IgA anti-transglutaminase et anti-endomysium. La sensibilité de ces dernières est de 91% et leur valeur prédictive négative de 100 %.

Si la recherche d'IgA est négative et l'histoire clinique est évocatrice, une biopsie duodénale est réalisée. Il faut également se méfier d'IgA antitransglutaminase négatives par déficit en IgA (le déficit en IgA est un facteur de risque pour la maladie coeliaque).

Un groupage HLA DQ2 et DQ8 est présent chez 80 % des patients.

V.4. Le traitement repose sur un régime alimentaire sans gluten qui semble plus efficace chez l'enfant que chez l'adulte. Les indications dextrose et/ou glucose de blé autorisent la consommation de l'aliment mais pas l'étiquetage « amidon ». Les céréales permises sont : riz, mais, quinoa, sorgho, teff, millet, sarrazin, amarante. Les céréales à éviter sont : semoule, triticale, kamut, épeautre, malt, seigle, orge.

Enfin il faut avertir les patients de la présence de gluten dans certains médicaments ou cosmétiques.

CONCLUSION

L'allergie aux farines de blé a des manifestations cliniques très diverses. La dermatite atopique constitue le tableau habituel chez le nourrisson. C'est une allergie alimentaire plus fréquente chez l'adulte (5ème rang des allergies alimentaires) que chez l'enfant (8ème rang des allergies alimentaires).

Après interrogatoire et éventuellement tenue d'un carnet alimentaire, les tests aux extraits commerciaux puis les tests aux aliments natifs sont réalisés ainsi qu'une recherche d'IgE spécifiques. Les tests de provocation sont parfois nécessaires. L'anaphylaxie d'effort a la particularité d'avoir une très forte sensibilité du dosage de l'IgE anti-oméga5-gliadine.

L'évolution est plus favorable pour les enfants que pour les adultes mais celle-ci est à réévaluer tous les ans environ.

Le régime d'éviction strict est le traitement de l'allergie au blé. Il est, en pratique, identique à celui de la maladie cœliaque. Une adaptation peut être envisagée dans le cadre de la dermatite atopique avec recherche de la dose seuil tolérée. La vigilance est de mise en cas d'allergie aux isolats de blé compte tenu des manifestations allergiques graves possibles et de l'absence d'étiquetage obligatoire.

Références bibliographiques :

- Keet CA, Matsui EC, Dhillon G, Wood RA. The natural history of wheat allergy. Ann Allergy Asthma Immunol 2009; 102(5): 410-5.
- Placin A. Recombinant lipid transfert protein Tria 14 a novel heat and proteolytic resistant tool for the diagnostic of baker's asthma Clin Exp Allergy 2009.
- Jacquenet S, Morisset M, Battais F et Col. Interest of immunoCAP System to recombinant omega 5 gliadine fir the diagnosyic of exercice induced wheat allergy. Int Arch Allergy Immunol, 2008; 149:74-80
- Battais F, Richard C, Jacquenet S, Denery-Papini S, Moneret Vautrin DA. Wheat grain allergies : on update on wheat allergens. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2008; 40 : 67-76

Pieges diagnostiques illustres en dermato-allergologie

Rapporteur : James Le Sellin
Expert Hospitalier : Brigitte Milpied Homsi
Expert ANAFORCAL : Antoine Khoury
Organisateur-Animateur : Michel Anton

RESUME

L'allergologue est sollicité pour faire le diagnostic de dermatose possiblement allergique mais alors se pose pour lui le problème très difficile du diagnostic différentiel.
Pour le diagnostic, le premier réflexe est la recherche de la lésion élémentaire primaire, mais il faut également interroger le patient, faire un examen général, se méfier des « grandes simulatrices ».

Une même lésion élémentaire peut-être présente dans différentes maladies et inversement, une même maladie varie selon sa localisation et son stade d'évolution.

I. OBJECTIFS

Le but de cet atelier est de nous inciter à analyser avec précision les lésions élémentaires cutanées avant de faire la synthèse de l'ensemble des observations qui permettent d'évoquer les différents diagnostics envisageables : soit dermatoses allergiques, soit diagnostic différentiel.

II. MATERIEL ET METHODES DE TRAVAIL

Dans un premier temps, un expert nous a rappelé la démarche diagnostique dermatologique habituelle.
Ensuite, nous avons visualisé un diaporama de cas cliniques de dermatoses. Chaque cas clinique a fait l'objet d'une discussion entre tous les participants.

III. DEMARCHES DIAGNOSTIQUES

III.1. Dans un premier temps, il faut interroger le patient sur l'ancienneté des lésions, leur mode évolutif, le contexte clinique et médicamenteux de survenue, faire un examen général et rechercher les signes cliniques d'accompagnement.

III.2. Apprendre à définir les lésions cutanées

III.2.1. Les lésions élémentaires primaires sont : les macules, papules, vésicules, pustules, bulles, nodules et végétations...

III.2.2. Les lésions élémentaires secondaires sont : les ulcérations, croûtes, et desquamation.

III.2.3. Les caractéristiques des lésions :
La taille, le nombre, la localisation, la disposition et la couleur.
L'aspect de l'épiderme : Présence de suintement, squames, croûtes...
L'aspect du derme : Présence d'infiltration, d'œdème, de purpura...
Rechercher des lésions élémentaires associées

III.2.4. Il faut se souvenir qu'une même lésion élémentaire peut être présente dans différentes maladies et inversement une même maladie voit ses lésions élémentaires varier en fonction du stade d'évolution et également en fonction de la localisation des lésions.

IV. CAS CLINIQUES D'ERYTHEME CUTANE

Nous allons voir successivement 4 cas cliniques d'érythème cutané, puis les diagnostics différentiels évoqués à partir de nombreuses photos.

IV.1. Eczéma de contact (photo 1)

IV.1.1. Dans l'eczéma, les lésions sont très prurigineuses et mal limitées en périphérie. L'évolution de la vésicule peut entraîner un suintement dans les eczémas aigus, puis des croûtes.

IV.1.2. Cas particuliers
L'eczéma de contact à L'HEXOMEDINE® peut entraîner des lésions vésiculo-pustuleuses avec souvent une extension à distance, donnant un aspect de pseudo-toxidermie.
L'eczéma à la CHLOREXIDINE peut facilement se généraliser.
L'allergie de contact à la PARAPHENYLENEDIAMINE est de plus en plus fréquente. Les réactions peuvent être trompeuses au départ avec un œdème important des paupières 24 heures après une teinture. Dans tous les cas, les tests épicutanés sont positifs.

IV.1.3. Le diagnostic différentiel est parfois difficile avec les dermites de causes externes de type toxiques, comme le cas clinique de dermite déclenchée par du gaz lacrymogène.

IV.2. Dermatophytie (photo 2)

IV.2.1. La lésion a un aspect circiné, annulaire, avec évolution centrifuge et bord bien limité. Il y a présence d'une inflammation périphérique avec une guérison centrale. L'aspect histologique est très proche de celui de l'eczéma.

Désensibilisation : rhinite et asthme allergiques

McCann Santé – Photo : Dingo

STALORAL®, solution sublinguale d'extraits allergéniques pour immunothérapie spécifique (ITS). **COMPOSITION*** : Un flacon de 10 ml de solution à : 10 ; 100 ou 300 IR/ml (extrait allergénique standardisé) ou 10 ou 100 IC/ml (extrait allergénique non standardisé). Des concentrations inférieures sont disponibles et peuvent être proposées par le médecin. Le principe actif est, soit un extrait allergénique lyophilisé avec du mannitol, soit un extrait mannitolé glycériné. **EXTRAITS ALLERGENIQUES** : La liste des références allergéniques est disponible sur la fiche d'information destinée à être délivrée avec les préparations d'allergènes. **DONNEES CLINIQUES : Indications :** Allergies du type I de la classification de *Gell et Coombs*, se manifestant notamment par une rhinite, une conjonctivite, une rhino-conjonctivite, un asthme (léger à modéré), de caractère saisonnier ou per-annuel. **Posologie et mode d'administration* :** Conditions d'utilisation : Le traitement de désensibilisation par ITS doit être proposé, dès que l'indication en a été posée. Il est d'autant plus efficace qu'il est entrepris précocement. Chez l'enfant, ce traitement peut débuter dès l'âge de 5 ans. Condition de prescription et de délivrance : Uniquement sur prescription médicale. Posologie et schémas d'administration : La posologie est indépendante de l'âge et doit être adaptée en fonction de la réactivité propre à chaque individu. Le traitement se déroule en 2 temps : un traitement initial à doses progressives ; un traitement d'entretien à dose constante. • *Traitement initial* : Administration de doses progressivement croissantes selon le schéma thérapeutique. • *Traitement d'entretien* 4 à 8 pressions par jour à la concentration de 300 IR/ml ou 10 pressions par jour à la concentration de 100 IR-IC/ml (dose recommandée). • Durée du traitement : *La durée d'un traitement de désensibilisation recommandée par les consensus, si une efficacité est observée, est en moyenne de 3 ans. S'il n'y a pas d'amélioration des symptômes* dans la première année du traitement, *l'indication du traitement devra être réévaluée.* Interruptions de traitement (non liées à des effets secondaires) En cas d'interruption du traitement supérieure à une semaine quelle que soit la phase du traitement en cours, il est recommandé de reprendre le traitement à la dose d'une pression du flacon en cours au moment de l'arrêt et d'accroitre les doses jusqu'à la dose maximale tolérée. **Contre-indications :** Hypersensibilité à l'un des excipients (cf liste des excipients), *Maladies auto-immunes, maladie par complexes immuns, déficits immunitaires, Affection ou tumeur maligne, Asthme sévère, ou mal contrôlé (VEMS ≤ 70%), Traitement en cours par béta-bloquants (y compris les traitements locaux ex : collyres)* ; Etats inflammatoires de la cavité buccale associés à des symptômes sévères tels que lichen plan buccal avec ulcérations ou mycose buccale sévère. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi* :** En cas d'*extraction dentaire, ou de tout acte de chirurgie buccale, le traitement doit être interrompu en attendant la cicatrisation de la plaie (au moins 7 jours).* **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions*. Grossesse et allaitement*:** *A ce jour, aucun effet délétère n'a été rapporté en cas de survenue d'une grossesse au cours d'un traitement de désensibilisation. Le médecin évaluera le bien fondé de la poursuite du traitement de désensibilisation. Si le traitement de désensibilisation est maintenu, la posologie (dose et rythme d'administration) ne sera pas augmentée pendant la grossesse afin de ne pas exposer la femme enceinte à un risque de réaction allergique générale (choc anaphylactique). Il n'est généralement pas recommandé de débuter un traitement de désensibilisation en cours de grossesse. Un traitement de désensibilisation est compatible avec l'allaitement.* **Effets indésirables* :** Les réactions les plus fréquentes sont locales et n'impliquent pas obligatoirement de modifier le schéma thérapeutique. Les réactions systémiques à type de rhinite, de conjonctivite, d'asthme, ou d'urticaire sont plus rares et peuvent justifier un traitement symptomatique. Dans de très rares cas, des réactions indésirables sévères, à type d'urticaire généralisé, d'œdème oropharyngé, d'œdème laryngé, d'asthme sévère, ou de choc anaphylactique ont été rapportées. **Surdosage :** En cas de surdosage le risque d'effets secondaires peut augmenter, avec possibilité de réactions systémiques ou locales sévères. **DONNEES PHARMACEUTIQUES : Excipients :** Chlorure de sodium, Mannitol Glycérol, Eau purifiée. **Durée et précautions particulières de conservation :** Se reporter à la date limite d'utilisation figurant sur l'étiquetage. **Précautions particulières de conservations :** *A conserver au réfrigérateur (entre +2°C et +8°C) dans sa boîte en position verticale.* **Nature et contenance du récipient :** Flacon de verre brun, de type I, d'une contenance de 12 ml. Capsule jaune : 0,1 IR - IC/ml. Capsule verte : 1 IR - IC/ml ; Capsule bleue : 10 IR - IC/ml. Capsule rouge : 100 IR - IC/ml. Capsule violette : 300 IR/ml. **Remb. Sec. Soc.** à 65%. **TITULAIRES DE L'AUTORISATION APSI :** *Monsieur TRAN XUAN THAO, Madame Anne-Marie POMMIER ; STALLERGENES SA 6 rue Alexis de Tocqueville 92183 ANTONY Cedex France* **MISE A JOUR :** février 2009.

** Pour toute information complémentaire, consulter la fiche d'information destinée à être délivrée avec les préparations d'allergènes.*

STALLERGENES
Immunothérapie allergénique

Staloral®
Solution d'extraits allergéniques préparés spécialement pour un individu
son expérience, sa différence

C'est la coloration au PAS qui, en mettant en évidence des filaments mycéliens, confirme le diagnostic de mycose.

IV.2.2. Vecteurs

Les chats et les chiens, souvent jeunes, étaient source de Microsporum canis. Actuellement, les mycoses cutanées les plus fréquentes sont transmises par les cobayes et les lapins.
Elles sont dues au Trichophyton mentagrophyte.

VI.2.3. Le traitement local doit être privilégié car les traitements per-os peuvent être source d'hépatites.

IV.3. Psoriasis inversé (photo 3)

Il s'agit d'une lésion ancienne, bien limitée, avec peu ou pas de prurit. L'aspect est homogène, sans desquamation quand le psoriasis est situé dans les plis. Souvent, les lésions sont bilatérales et symétriques.

IV.4. Piqûres de tiques (photo 4)

L'érythème, erythema chronicum migrans, a une extension centrifuge lente, de quelques cm à 20/30 cm de diamètre (photo d'une piqûre datant de 3 mois avec une lésion de 20 cm de diamètre). L'épiderme est intact. La lésion est unique et pratiquement pas prurigineuse.
Il s'agit du stade primaire de la maladie de Lyme.

IV.5. Quelques cas particuliers

IV.5.1. Le zona

La lésion suit un métamère avec des vésicules plus ou moins nombreuses qui peuvent avoir un aspect hémorragique, parfois bulleux. L'évolution se fait vers un aspect nécrotique avec sensation de brûlure et de douleur. Nous avons eu un cas clinique de zona atypique avec lésions unilatérales au niveau pré-tibial. Le diagnostic de vascularite est éliminé sur le caractère unilatéral des signes. Le zona est rare chez l'enfant et chez le jeune. Il faut alors penser à rechercher une pathologie sous jacente.

IV.5.2. L'herpès

Il se caractérise par la présence de vésicules en bouquets, mais parfois leur localisation peut prêter à confusion comme l'herpès au niveau du front. Chez l'atopique, il existe une forme grave appelée syndrome de Kaposi Juliusberg.
Dans un cas d'herpès du dos d'une main, un prélèvement pour recherche virologique a été effectué mais également, dès la suspicion diagnostic, un traitement médicamenteux a été prescrit qui a entrainé une amélioration en 48 heures.

IV.5.3. Photodermatose

Un érythème avec papules et sensation de brûlure apparaît sur les zones photo-exposées avec respect des plis et du triangle sous mentonnier. Il faut rechercher l'application d'un topique (par exemple Ketum®) ou la prise d'un médicament photo-sensibilisant. Dans un des cas cliniques, le Lasilix® était impliqué et dans un autre la Meladinine®. Ce dernier médicament a entraîné une photo-toxicité avec décollement superficiel faisant suspecter un syndrome de Lyell mais il s'agissait de lésions survenues en zones photo-exposées.

IV.5.4. Phyto-photo-dermatose

Là encore, les lésions apparaissent dans les zones photo- exposées, mais c'est la présence d'une plante photo-toxique (ombellifère dans notre cas clinique) qui déclenche leur apparition. Chez un enfant de 5 ans, après application de jus de mauvaises herbes contenant du psoralène, des lésions infiltrées, bulleuses, bien limitées sont apparues.

IV.5.5. Carcinome cutané (maladie de Bowen)

Il faut toujours y penser devant un lésion chronique, fixe, souvent unique avec bords irréguliers. La biopsie est indispensable.

IV.5.6. Syndrome de Frey

Il s'agit d'un érythème unilatéral qui apparaît sur une joue au décours des repas avec sensation de chaleur et parfois transpiration. La régression est spontanée. Chez l'enfant, cet érythème peut faire suite à un traumatisme au moment de l'accouchement et disparaît au fil des années.

IV.5.7. Dermite péri-orale

Elle survient surtout chez l'atopique et est déclenchée par le léchage.

IV.5.8. Dermatose du gland

Le diagnostic est difficile puisqu'il peut s'agir d'une dermatite caustique, d'une candidose, d'un psoriasis, mais également d'un carcinome.
De plus, il ne faudra surtout pas oublier d'évoquer la grande simulatrice qu'est la syphilis.
Le diagnostic pourra être évoqué en faisant un examen général et en recherchant des lésions à distance.

IV.5.9. Toxidermie

Il s'agit là aussi d'une « grande simulatrice ». Les lésions peuvent être extrêmement variées : rosacées papulo-pustuleuses principalement au niveau du visage et secondaire à un traitement par erlotinib (Tarceva®).
Les lésions sont alors doses dépendantes et l'érythème maculo-papuleux est généralisé.
Plus les lésions dermiques sont polymorphes plus elles orientent vers une toxidermie. Les dermatoses d'origine virale sont de type monomorphe.

IV.5.10. Lichen plan

Il est souvent accompagné de lésions endo-buccales.

IV.5.11. L'érysipèle de l'hémiface avec sensation de chaleur et douleur nécessite un traitement en urgence.

V. RESULTATS

Il faut savoir qu'une même maladie dermatologique peut varier d'aspect en fonction de sa localisation, de son stade d'évolution et de l'âge du patient.
Mais aussi, une même lésion, vésicule par exemple, correspond à diverses maladies dermatologiques.
Le but, s'i est possible, est de reconnaître la lésion primitive, c'est-à-dire la plus précoce, idéalement non modifiée par l'évolution. Si elle n'est pas présente, il faut la rechercher par l'interrogatoire.

Les lésions secondaires sont dues, soit à l'évolution spontanée de la dermatose, soit à l'application de différents traitements locaux, au grattage, aux surinfections...
Il faut donc, au cours de l'analyse clinique d'une éruption, aboutir à une sélection de la ou des lésions élémentaires caractéristiques d'une dermatose qui va permettre d'évoquer un diagnostic.

VI. DISCUSSION

L'analyse d'une lésion élémentaire dermatologique a été abordée de façon méthodique avec des cas cliniques bien sélectionnés pendant 3 heures.
Cet atelier nous a permis de bien faire la distinction entre la démarche impulsive du diagnostic au premier coup d'œil qu'il faut savoir éviter et la démarche raisonnée par étapes qui permet d'éviter les erreurs diagnostiques.

CONCLUSION

L'examen dermatologique doit faire l'objet d'une démarche analytique qui permet de différencier les lésions primaires des lésions secondaires. Le diagnostic n'est pas toujours facile pour le non spécialiste mais l'intérêt de cette démarche est de l'alerter lorsqu'il trouve une lésion atypique. Il ne faut pas oublier que l'examen dermatologique doit s'accompagner d'un interrogatoire et d'un examen complet du patient. Si la lésion élémentaire n'est pas présente, il faut la rechercher par l'interrogatoire. Toute lésion fixe doit orienter vers une biopsie. Le prurit est un mauvais critère diagnostique.
De façon traditionnelle, la syphilis et le psoriasis étaient nommés les « grandes simulatrices », mais nous y ajoutons maintenant les toxidermies.

Bibliographie :

1. Principes et l'examen dermatologique : Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 8569-88
2. Lésions élémentaires dermatologiques : Ann Dermatol Venereol 2005; 132 : 8569-88
3. « lésions élémentaires de la peau : sémiologie cutanée » : D. Lipsker, O. Chosidow, E. Grosshans, in EMC Dermatologie 98-045-A-10, 2000, 8p.

TESTS MEDICAMENTEUX EN PRATIQUE DE VILLE

Rapporteur : Abdenour Benyounes
Expert hospitalier : Joëlle Birnbaum
Expert ANAFORCAL : Jean Pierre Jacquier
Organisateur-Animateur : Jean François Fontaine

INTRODUCTION

Très souvent, les patients se déclarent eux-mêmes ou leur médecin les déclare allergiques à tel ou tel médicaments sans bilan allergologique effectué ni histoire clinique convaincante. Actuellement, il n'est pas possible de priver à vie un patient d'un médicament essentiel ainsi que de ceux de la même famille sans une exploration allergologique.

L'allergologue est au premier plan pour la mise en route du bilan allergologique médicamenteux. Il doit savoir faire les tests cutanés médicamenteux pour les familles de médicaments pour lesquelles les tests cutanés sont validés (limite de spécificité). Il doit savoir orienter son patient vers un centre spécialisé pour la réalisation des tests de provocation qui sont l'élément diagnostic indispensable pour la majorité des médicaments.

I. OBJECTIFS

- Citer trois situations à risque d'effets secondaires lors de la pratique de tests cutanés médicamenteux en IDR
- Citer quatre médicaments pour lesquels les tests cutanés en prick et en IDR sont validés et réalisables en cabinet de ville
- Citer trois conditions indispensables à une bonne interprétation de tests cutanés médicamenteux

II. MATERIELS ET METHODES

La presque totalité des 16 participants n'avaient aucune expérience de la pratique des tests cutanés aux médicaments. Leur principale attente était de savoir quels tests médicamenteux pouvaient être faits en cabinet de ville. Les principaux médicaments traités ont été les Produits de Contraste Iodé (PCI), les héparines et les béta-lactamines.

L'atelier s'est déroulé de la manière suivante :

Distribution d'un pré-test

Proposition par l'expert ANAFORCAL et discussion avec les participants de trois cas cliniques sur les PCI qui font ressortir, selon la chronologie et la gravité de la réaction, le choix du lieu de réalisation du bilan (cabinet ou hôpital) et la technique à utiliser (PT, IDR ou patch). L'expert conclue par un exposé sur les réactions aux PCI.

Proposition de 2 cas cliniques à travailler en quatre groupes sur anticoagulant et antibiotique, puis discussion entre les experts et les participants sur ces cas.

Synthèse l'atelier sous forme d'un large exposé de l'expert hospitalier dont nous allons rapporter les éléments les plus importants.

III. DISCUSSION DES CAS CLINIQUES

III.1. Premier cas

III.1.1. Histoire

Mme F, née en 1943, consulte début 2008 à la demande d'un confrère anesthésiste pour bilan vis à vis des anticoagulants. Opérée d'une prothèse de hanche gauche en novembre 07, elle est mise sous Lovenox® et après quelques jours, présente des réactions locales aux points d'injections. La Calciparine® prise en relais donne le même tableau clinique, sans thrombopénie. La patiente signale dans ses antécédents, des réactions prurigineuses aux points d'injections du Fraxodi®. Elle était alors aussi sous Préviscan®. Malgré l'arrêt de l'HBPM et la poursuite du Previscan®, une éruption prurigineuse plus ou moins diffuse réapparait au bout de 8 à 10 jours. Le Préviscan® est arrêté et remplacé par du Sintrom®. L'éruption s'amendera et le Sintrom® sera bien toléré.

III.1.2. Les tests cutanés peuvent être pratiqués au cabinet de ville:

- Dans un premier temps : prick-test, IDRs et patch-tests avec Fraxodi®, Calci® et Lovenox® Résultats : IDR positive au Fraxodi®, Calci® et Lovenox® (patch-tests douteux à J+7 pour Fraxodi® et Lovenox® en pur)

- patch-tests avec le Préviscan® (30% eau et 30% vaseline) négatifs (mais pas validé)

- Dans un second temps, on complète le bilan (prick-test, IDR et patch-test) avec d'autres molécules (Héparine®, Innohep®, Orgaran® et Arixtra®)

Résultats : IDR et patch nettement positifs vis à vis de l'Orgaran®, IDR et patch douteux pour l'Innohep®, IDR Héparine® douteuse, tests négatifs pour l'Arixtra®.

Le bilan est négatif vis à vis de l'Arixtra®. Avant de l'autoriser, on termine le bilan par un test de provocation, que l'on fait, plutôt pour des raisons médico-légales, en milieu hospitalier : une injection sous cutanée d'une ampoule de 2,5 mg/0,5 ml d'Arixtra® est bien tolérée, tant en immédiat qu'en retardé.

III.1.3. Conclusion : on autorisera l'utilisation d'Arixtra® en cas de nécessité. Quand au Préviscan®, on l'évitera dans le doute, d'autant que le Sintrom® avait été bien toléré.

III.2. Deuxième cas

III.2.1.Histoire

Mme G. Virginie, âgée de 36 ans, née le 14/10/1973, suivie pour sarcoïdose ganglionnaire stable est adressée par son médecin interniste pour explorations allergologiques médicamenteuses. A la suite d'une fibroscopie digestive en avril 2008, un Hélicobacter Pylori a été retrouvé. Un traitement par Vibramycine®, Zéclar® et oméprazole® lui a été prescrit. Le premier jour de la prise de ces médicaments, la tolérance a été bonne, au deuxième jour, elle a présenté quelques plaques d'urticaire qui ont évolué vers une urticaire géante au troisième jour de la prise impliquant l'arrêt du traitement. L'urticaire a régressé en une dizaine de jours sous traitement par corticoïde per os et Polaramine®. Dans ses ATCD, elle signale des troubles digestifs à type de nausées et vomissements après Clamoxyl® et une toxidermie aux pénicillines chez une sœur. Ces éléments expliquent le choix du traitement pour l'Hélicobacter pylori.

III.2.2. Bilan allergologique pouvant être pratiqué au cabinet de ville

- Tests cutanés validés aux Pénicillines : TC Pénicillines G : Négatifs et TC Clamoxyl® : Négatifs (20mg/ml)

- Tests cutanés non validés : Zéclar®, PT pur (cp écrasé) : Négatifs et Vibramycine®, PT pur (cp écrasé): Négatif

Dans tous les cas, le bilan doit être poursuivi par des tests de provocation, même pour les pénicillines car il n'est pas exclu d'avoir des tests cutanés négatifs et un test de provocation positif même si cette situation clinique est rare.

III.2.3. Les tests de provocation ne peuvent pas se réaliser au cabinet mais doivent être réalisés en milieu hospitalier sous surveillance médicale :

- TPO Clamoxyl® : Négatifs (depuis a fait 2 cures de 6 jours de Clamoxyl® : RAS)

- TPO Zéclar® : Urticaire

- Poursuite du bilan

• TC Zithromax® non validés: PT pur (cp écrasé) : Négatifs

• TPO Zithromax® : Positif avec une urticaire à une dose de 2.5mg

- Du fait de l'exclusion de 2 macrolides, poursuite du bilan par

• TC Flagyl®, non validé : PT pur (cp écrasé) : Négatifs

• TPO Flagyl® : Négatif

III.2.4. Conclusion : la pa-

tiente ne présente pas d'allergie aux pénicillines comme elle le disait, mais une allergie aux macrolides. On lui propose donc un traitement associant, Clamoxyl®, Flagyl® et oméprazole.

IV. DISCUSSION

Les tests cutanés sont rarement validés et suffisants pour explorer une suspicion d'allergie médicamenteuse. Le test de référence diagnostic est le test de provocation qui implique une structure hospitalière. Voici quelques exemples d'exploration médicamenteuse détaillant les tests cutanés validés et la prise en charge des patients. Les tests cutanés aux anesthésiques locaux et généraux validés n'ont pas été traités dans cet atelier.

IV.1. Les produits de contraste iodés (PCI)

IV.1.1. Ils se répartissent en quatre familles :

- Monomères ioniques tri-iodés (Télébrix®, Radioselectan®)
- Dimères ioniques hexa-iodés (Hexabrix®)
- Monomères non ioniques tri-iodés (Iopamiron®, Omnipaque®, Iomeron®, Ivépaque®, Optiray® et Optiject®, Ultravist®, Xenetix®)
- Dimères non ioniques hexa-iodés (Visipaque®).

IV.1.2. Ils peuvent être responsables de

- Réactions immédiates (moins d'une heure), plus fréquentes avec les produits ioniques qu'avec les PCI non ioniques (mais le risque de décès (1/100000) est le même dans les deux groupes). Il s'agit soit de réaction d'hypersensibilité IgE dépendante, soit de réaction d'hypersensibilité non allergique (histaminolibération non spécifique). Ces réactions sont à différentier des réactions comme malaise vagal, bouffées de chaleur, céphalées, vomissements.

Le diagnostic repose sur le bilan cutané, tout d'abord ***en prick tests (pur ou dilué), puis si négatif, en IDR diluée du 1/10000 au pur.*** Si le bilan est positif, les autres PCI seront testés à la recherche d'une allergie croisée.

- Réactions retardées (plus d'une heure à une semaine après l'injection) à type de manifestations cutanées (rash maculo-papuleux surtout,....). Elles surviennent plutôt avec des PCI dimériques non ioniques.

Le diagnostic repose sur les tests cutanés, ***prick-test, IDR à 10-1 (IDR pure: faux positif?), patch-test en pur, avec une lecture retardée (48h, 72h et 96 h).*** Les IDR sont plus fiables que les patch-tests.

Les réactions croisées sont fréquentes. La Valeur Prédictive Négative des tests est faible.

IV.1.3 Attention

- Aux réactions croisées : La méglumine, est présente dans certains PCI (Radioselectan®, Telebrix® sauf Telebrix 12® et Hexabrix® ainsi que dans des produits pour RMN (Magnevist®, Dotarem®, Multihance®, Artirem®)
- Aux idées reçues: pas de réaction croisée avec les produits contenant de la povidone iodée (mais attention le «Telebrix hystéro» contient de la povidone iodée); pas de risque supplémentaire lors d'une scintigraphie ou d'un traitement à l'iode; aucun rapport avec une allergie au poisson, aux crustacées,...

VI.2. Les Héparines (héparines non fractionnées, HBPM, héparanoïdes, pentasaccharide)

IV.2.1. En cas de réaction immédiate (rare) comme urticaire, angioedème et exceptionnellement choc anaphylactique faire : prick pur - si négatif, IDR en commençant au 1/1000 et en allant progressivement jusqu'au 1/10 (pur irritant)

IV.2.2. En cas de réaction retardée (plus fréquente) apparaissant soit au niveau du site d'injection comme : plaques érythémateuses, prurit, eczéma, nodules soit à distance comme un exanthème maculopapuleux, faire : prick pur - IDR dilué au 1/10 et pur - patch-test pur et dilué dans l'eau à 10% - lectures à 20 mn, 24 h, 48 h, 72 h et 96 h, voir à J+7 (IDR plus fiable que les patch). On peut compléter éventuellement par des tests (patch, IDR) avec les excipients.

Si le bilan est négatif faire un test de provocation avec injection sous cutanée (test le plus fiable et plus sensible).

Le bilan cutané confirme le diagnostic, recherche des allergies croisées et peut permettre de proposer une alternative thérapeutique.

IV.2.3. En cas de manifestations en rapport avec une TIH comme des nécroses cutanées, les tests cutanés sont contre-indiqués et le diagnostic est biologique : numération des plaquettes, anticorps anti F4P, test d'activation plaquettaire...

IV.3. Les antibiotiques, quelques exemples

IV.3.1. Les bétalactamines

Recommandations pour les tests cutanés réalisables en cabinet de ville :

Prick tests purs (références ci-dessous) ou dilués, et si négatifs, faire des IDR de 10 en 10 jusqu'à la limite de spécificité :

- Benzyl-pénicilline : 25 000 UI/ml, Pénicilline : 25 mg/ml, Céphalosporine 2 mg/ml

La gravité et la rapidité de la réaction initiale représentent un risque de survenue de réactions systémiques lors des tests cutanés.

IV.3.2. Macrolides et Tétracyclines

Tests cutanés possibles en cabinet de ville mais non validés et le plus souvent négatifs, donc nécessité de faire des TPO. Quelques exemples :

- Erythromycine : Concentration du pur : 50mg/ml : Concentration non irritative : 1/1000
- Azithromycine) : Concentration du pur : 100 mg/ml ; Concentration non irritative : 1/10 000
- Patch tests : Erythromycine, Spiramycine, Cla-

rythromycine : 10% dans la vaseline
Pas d'allergie de classe. L'éviction pourrait donc se limiter au macrolide responsable.

IV.3.3. Quinolones, aminoglycosides
Tests cutanés non validés. Ils peuvent être faussement négatifs ou faussement positifs.
Si besoin on aura recours au TPO.
Allergie de classe.

CONCLUSION

La réalisation au cabinet de ville de tests cutanés médicamenteux nécessite la présence de médicaments (adrénaline) et matériel pour traiter une éventuelle réaction systémique secondaire. Le problème majeur de ce type de bilan est la validité des tests cutanés aux médicaments testés (connue pour les PCI, Héparines, Bétalactamines, Anesthésiques locaux et généraux) mais aussi le caractère « chronophage » de la prise en charge de tels patients et la nécessité le plus souvent de poursuivre le bilan par un test de provocation en hôpital. Les manifestations cliniques sévères, cardio-respiratoires, choc anaphylactiques sont à risque plus élevé d'entraîner une réaction secondaire lors des tests cutanés. Leur prise en charge est à éviter.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HYPEREOSINOPHILIE ET UNE HYPER IgE

Mousse rapporteur : Anaïs PIPET
Expert hospitalier : Benoît WALLAERT
Expert ANAFORCAL : Stéphane GUEZ
Capitaine de l'atelier : Dominique ORTOLAN

MOTS CLES

Hyperéosinophilie-IgE totales-Parasitoses

INTRODUCTION

Raisonner correctement face à une hyperéosinophilie ou une hyperIgE est une préoccupation de nombreux médecins de toutes spécialités. La preuve en est le nombre de participants à cet atelier (une quinzaine) et la diversité des spécialités représentées (allergologues, étudiants en capacité d'allergologie, pédiatres, pneumologues, anesthésistes...).

L'hyperéosinophilie pose d'autant plus problème au praticien qu'elle est souvent de découverte fortuite, la Numération Formule Sanguine (NFS) faisant partie de la plupart des bilans biologiques « de base ». L'hyperIgE ne devrait jamais être de découverte fortuite, son dosage ne devant être demandé que dans des situations précises, essentiellement chez l'asthmatique, en cas de suspicion d'Aspergillose Broncho-Pulmonaire Allergique ou pour guider la prescription d'un traitement par anti-IgE.

I. OBJECTIFS

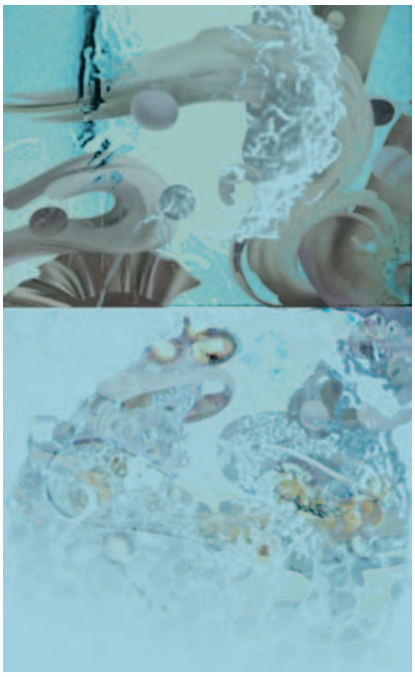
Devant une hyperéosinophilie :
- Citer 3 étiologies principales à évoquer
- Citer les 4 principales parasitoses responsables d'hyperéosinophilie
- Citer les 3 maladies de système s'accompagnant volontiers d'une hyperéosinophilie

Devant une hyperIgE :
- Citer les 2 principales causes d'augmentation des IgE totales
- Citer les 3 principaux examens à réaliser en première intention devant une élévation des IgE totales

II. METHODOLOGIE DE L'ATELIER

Après le temps des présentations, les participants ont pu :

- Exprimer leurs attentes : Désir d'acquérir les bons réflexes, c'est-à-dire, avoir un raisonnement adapté et rapide. Doit-on raisonner différemment pour la prise en charge entre enfant et adulte ? Quelle conduite avoir chez un patient adressé par le médecin généraliste pour découverte d'une hyperéosinophilie ou d'une hyperIgE ?
- Répondre aux questions du pré-test.
- Etudier en petits groupes les 9 cas cliniques dont un exemple de ce qu'il ne faut pas faire, pour une présentation et une discussion interactive.
- Mesurer le chemin parcouru en répondant à nouveau aux questions du post-test.



III- DISCUSSION

III.1. L'hyperéosinophilie : Rappels

On distingue les hyperéosinophilies primaires et secondaires, ou réactionnelles : les hyperéosinophilies primaires clonales sont des équivalents leucémiques et relèvent de l'hémato-oncologie. Les hyperéosinophilies primaires non clonales sont dites « idiopathiques » (rarissime SHE ou Syndrome HyperEosinophilique, défini par une éosinophilie supérieure à 1500/mm3 durant plus de 6 mois).

Les hyperéosinophilies secondaires recouvrent des étiologies très diverses, qu'il est important de hiérarchiser en pratique clinique :

Les 3 causes les plus fréquentes d'hyperéosinophilie (95 à 98%) :
1 / Parasitoses
2 / Médicaments
3 / Allergies

III.1.1. L'interrogatoire doit être rigoureux et rechercher tout séjour, même ancien, en région intertropicale (l'un des cas cliniques décrits ci-dessous l'illustre parfaitement).

Le tableau suivant (tableau 1) récapitule, sans prétention d'exhaustivité, les principales parasitoses rencontrées en France s'accompagnant d'hyperéosinophilie et celles qui sont plus spécifiques des zones intertropicales :

Tableau 1

France métropolitaine	Régions intertropicales
Oxyurose (*hyperéosino absente ou très modérée*)	Les mêmes
Trichocéphalose	+
Ascaridiase	Anguillulose
Trichinose	Ankylostomiase
Taeniasis	Bilharziose (*phase d'invasion*)
Toxocarose (*larva migrans viscérale*)	Filarioses
Distomatose (*lors phase d'invasion*)	
Hydatidose (*fissuration d'un kyste ++*)	
Ecchinococcose alvéolaire (*hyperéosino inconstante*)	

Une parasitologie des selles négative n'élimine pas le diagnostic (se souvenir du complexe « cycle parasitaire »). On améliore la sensibilité de ce test en le réalisant de nouveau quelques semaines plus tard (2-3 semaines). La répétition des sérologies, par contre, n'apparaît d'aucun intérêt.

Il faut souligner toute l'importance d'un traitement antiparasitaire d'épreuve, lorsqu'une parasitose est suspectée mais qu'aucun test ne revient positif. L'expert, citant son expérience, a retenu le Fluvermal® pour les patients restés en France métropolitaine, le Zentel® en cas de séjours en Afrique du Nord ou en zone intertropicale.

III.1.2. L'enquête médicamenteuse doit également être soigneusement menée. Les antibiotiques, les antituberculeux sont le plus souvent en cause, mais aussi l'allopurinol, les psychotropes, les anti-épileptiques, certains hypoglycémiants... et d'autres. Il faut donc consulter le registre des effets indésirables décrits pour les suspects. Le DRESS syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) est une toxidermie médicamenteuse sévère s'accompagnant d'une hyperéosinophilie parfois majeure, mais le diagnostic est alors suspecté d'après des éléments plus bruyants cliniquement (fièvre, polyadénopathies, altération de l'état général, exanthème généralisé...).

III.1.3. La recherche d'un terrain atopique : Toutes les manifestations atopiques (asthme, rhinite allergique, dermatite atopique) peuvent s'accompagner d'une hyperéosinophilie, en général modérée, inférieure à 1500/mm3.

III.1.4. La recherche d'une autre étiologie : Les causes représentant les 1à 5% restant sont les maladies de système (angéite de Churg et Strauss notamment), les syndromes paranéoplasiques (tumeurs solides ou hémopathies malignes sécrétant des facteurs de croissance et interleukines variés dont certains comme l'IL5 stimulent la lignée éosinophile), certaines dermatoses (pemphigoïde, psoriasis...), certains déficits immunitaires (syndrome hyperIgE...), certaines maladies pulmonaires (Aspergillose Broncho-Pulmonaire Allergique ou ABPA, maladie de Carrington ou poumon éosinophile chronique, granulomatose bronchocentrique).

III.2. L'hyperéosinophilie : La pratique à partir des cas cliniques

Dans tous les cas, quel que soit le contexte de l'hyperéosinophilie, il convient de garder en tête la hiérarchie des étiologies à évoquer. Le praticien doit intégrer

Bienvenue dans le monde Avamys®, pour traiter le nez et les yeux[1]

Avamys®

furoate de fluticasone 27,5 µg/pulvérisation
suspension pour pulvérisation nasale

Traitement des symptômes de la rhinite allergique à partir de 6 ans.

Les corticoïdes par voie nasale sont recommandés en première intention dans les formes modérées à sévères*

Remb.Séc.Soc à 35 % Agréé Collect.

* Avis de la Commission de la Transparence Avamys® du 19 mars 2008
[1] Notice Avamys®

gsk GlaxoSmithKline
Respiratoire

AVAMYS® 27,5 µg/pulvérisation. *furoate de fluticasone.* **COMPOSITION :** 27,5 µg/dose de furoate de fluticasone (FF). Excipients* : chlorure de benzalkonium. **FORME PHARMACEUTIQUE* :** Suspension pour pulvérisation nasale. **DONNEES CLINIQUES : Indication thérapeutique :** Adultes, adolescents (≥ 12 ans) et enfants (de 6 à 11 ans) : traitement des symptômes de la rhinite allergique. **Posologie et mode d'administration* :** Voie nasale uniquement. Pour obtenir l'effet thérapeutique optimal : utilisation régulière recommandée. Apparition d'un effet dès 8 heures après la 1ère administration, cependant, plusieurs jours de traitement peuvent être nécessaires pour obtenir l'efficacité maximale. Limiter la durée du traitement à la période d'exposition allergénique. Adultes et adolescents (≥ 12 ans) : Posologie initiale recommandée : 2 pulvérisations dans chaque narine, 1 fois/jour. Dès qu'un contrôle adéquat des symptômes est obtenu, une réduction de la posologie à une pulvérisation dans chaque narine peut être efficace en traitement d'entretien. La dose doit être ajustée à la dose minimale efficace permettant de maintenir le contrôle des symptômes. CTJ : 0.33 €. Enfants (de 6 à 11 ans) : Posologie initiale recommandée : 1 pulvérisation/jour dans chaque narine. Enfants ne répondant pas complètement au traitement : possibilité d'augmenter la posologie à 2 pulvérisations dans chaque narine en une prise/jour. Dès qu'un contrôle adéquat des symptômes est obtenu : réduire la posologie à 1 pulvérisation/jour dans chaque narine. CTJ : 0.16 €. Enfants < 6 ans : tolérance et efficacité non clairement établies. Patients âgés, insuffisance rénale, insuffisance hépatique légère à modérée : aucun ajustement posologique nécessaire. Insuffisance hépatique sévère : aucune donnée. **Contre-indication :** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi* :** Ritonavir : administration concomitante non recommandée. Patients présentant une insuffisance hépatique sévère : attention particulière en raison de l'exposition systémique au FF plus importante (risque d'augmentation de la fréquence des effets indésirables systémiques). Majoration du risque d'effets systémiques, de freination corticosurrénalienne avec retentissement clinique, liée aux corticoïdes administrés par voie nasale en cas de fortes doses prescrites sur des périodes prolongées, et particulièrement en cas de corticothérapie associée par d'autres voies d'administration. Retard de croissance rapporté chez des enfants ayant reçu des corticoïdes par voie nasale à la posologie préconisée. Surveillance régulière de la croissance des enfants recevant une corticothérapie par voie nasale au long cours. Toujours réduire la dose de FF administrée par voie nasale à la dose minimale permettant un maintien du contrôle efficace des symptômes de la rhinite. Si des doses supérieures à celles recommandées doivent être utilisées, envisager une corticothérapie de supplémentation par voie générale pendant les périodes de stress ou en cas d'intervention chirurgicale. En cas de suspicion d'altération des fonctions surrénaliennes : prudence lors d'un relais d'une corticothérapie systémique par le FF par voie nasale. Possibilité de survenue d'un glaucome et/ou d'une cataracte suite à l'administration de corticoïdes par voie nasale ou par voie inhalée. En cas de survenue d'un trouble de la vision ou en cas d'antécédents de pression intraoculaire élevée, de glaucome et/ou de cataracte, surveillance étroite des sujets traités. Chlorure de benzalkonium : possibilité d'irritation de la muqueuse nasale. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction* :** Inhibiteurs puissants du CYP3A4 : prudence. En théorie : absence de risque d'interaction potentielle aux doses préconisées par voie nasale avec les autres composés métabolisés par le Cyt P450. **Grossesse et allaitement* :** Utilisation que si les bénéfices attendus pour la mère sont supérieurs aux risques potentiels encourus par le fœtus ou le nourrisson. **Effets indésirables* :** (fréquences issues des études cliniques). **Très fréquent (≥ 1/10) :** Epistaxis (en général d'intensité faible à modérée). **Fréquent (≥ 1/100 à < 1/10) :** Ulcération nasale. Possibilité d'effets systémiques lors de l'utilisation de corticoïdes par voie nasale à fortes doses pendant une période prolongée. **Surdosage* : PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES* :** Classe pharmacothérapeutique : Corticoïdes. Code ATC : R01AD12. **DONNEES PHARMACEUTIQUES* : DUREE ET PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :** 3 ans. Durée de conservation après première utilisation : 2 mois. **PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** AMM : EU/1/07/434/003 ; CIP 34009 383 224 4 6 : Flacon (verre) contenu dans un dispositif en plastique – 120 pulvérisations – Boîte de 1 flacon. Prix : 9.86 €. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Remboursé Sec-Soc à 35%. Agréé Collect. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** Glaxo Group Ltd. Greenford, Middlesex, UB6 0NN - Royaume-Uni. **REPRESENTANT LOCAL :** Laboratoire GlaxoSmithKline - 100, route de Versailles - 78163 Marly-le-Roi Cedex. Tél. : 01.39.17.80.00. Information Médicale : Tél. : 01.39.17.84.44 - Fax : 01.39.17.84.45. **DATE D'APPROBATION :** Juin 2009. **Version n° AVAMR3_09. * Pour une information complète, veuillez consulter le RCP disponible auprès de notre laboratoire. Laboratoire GlaxoSmithKline.** 100, route de Versailles - 78163 Marly-le-Roi Cedex - Tél. : 01.39.17.80.00 Information Médicale : Tél. : 01.39.17.84.44 - Fax : 01.39.17.84.45.

3309AVAM21 - Septembre 2009 - © Laboratoire GlaxoSmithKline

les orientations diagnostiques que lui évoque la présentation clinique, tout en raisonnant du plus fréquent au moins fréquent (on ne fait pas une biopsie musculaire à la recherche d'une vascularite en 1ère intention !).

III.2.1 Les parasitoses sont fréquentes et il faut toujours les rechercher

- Nous avions un cas clinique de trichocéphalose chez un enfant de 7 ans, atopique avec 2100 éosinophiles/mm3.
Le traitement se fait par 3 jours de Fluvermal□ à 100 mg par jour.

- Un autre enfant, de 10 ans, s'était vu découvrir une hyperéosinophilie à 912/mm3 et des IgE totales à 3108 kU/L dans le cadre du bilan d'une toux vespérale depuis quelques mois associée à des problèmes de concentration à l'école.
Facile pour les pédiatres, qui savent bien que les symptômes peuvent être trompeurs chez l'enfant. L'enquête parasitologique et allergologique ont été envisagées en 1ère intention.
Devant la négativité du bilan, un traitement parasitaire d'épreuve a été prescrit qui a amélioré ce jeune patient.

- Parfois les parasitoses sont plus perfides et peuvent même être sévères : nous avons tous été marqués par un cas clinique d'anguillulose particulièrement difficile à diagnostiquer.
Il s'agissait d'un patient de 80 ans avec asthme cortico-dépendant depuis 15 ans chez qui une hyperéosinophilie oscillait entre 200 et 800. Cette hyperéosinophilie serait modérée... si la patiente n'était pas sous corticothérapie !
Il faut donc la prendre très au sérieux. De nombreuses autres pathologies ont été évoquées avant d'arriver au diagnostic d'anguillulose qui est « la plus déroutante, la plus chronique et la plus sévère des helminthiases ».
Elle avait été contractée 40 ans auparavant, lors d'un séjour au Vietnam.
Soulignons au passage que ce patient a très fortement risqué la forme redoutable d' « anguillulose maligne » car il était sous corticothérapie...

III.2.2. Les allergies sont pourvoyeuses d'hyperéosinophilies modérées
Ceci a été illustré par le cas de Monsieur L..., 27 ans, consultant pour aggravation de son asthme et présentant des éosinophiles à 1600/mm3 et des IgE totales à 850 kU/L.
Dans ce cas clinique, le diagnostic d'asthme ne fait pas de doute, il a été posé plusieurs années auparavant et le patient est suivi pour cela.
Le problème essentiel est le mauvais contrôle de son asthme, qui est la première hypothèse étiologique à évoquer pour son hyperéosinophilie.
L'interrogatoire doit s'attacher à rechercher tous les facteurs potentiels de mauvais contrôle : inobservance des traitements ou prise incorrecte, tabagisme, modifications de l'environnement professionnel ou privé, nouveaux traitements incompatibles avec l'asthme (ex : bêta-bloquants)... en dernière intention on évoque des diagnostics rares d'asthmes sévères comme l'Aspergillose Broncho-Pulmonaire Allergique ou le Churg et Strauss.
Ici, le message de l'expert était de revenir au bon sens et à ce que l'on rencontre fréquemment au quotidien : ce jeune patient avait acquis depuis 6 mois un cobaye à son domicile, auquel il était allergique.
L'éviction de l'animal a permis le retour à un contrôle optimal de l'asthme et le retour à la normale de l'éosinophilie.

III.2.3. Les causes médicamenteuses restent un grand piège
Nous avons eu un cas particulièrement difficile avec éosinophilie à 900/mm3 chez une patiente de 70 ans avec pleurésie à éosinophiles et lame de péricardite.
C'est un anti-dépresseur qui était en cause. Bien sûr ce diagnostic n'a pas été posé le 1er jour en 1ère intention, mais il faut savoir y venir après un bilan de débrouillage négatif. Des médicaments parfois pris depuis longtemps peuvent être en cause, rendant l'enquête très difficile.
Un site incontournable à conseiller pour les atteintes pulmonaires iatrogènes : pneumotox.com.

III.2.4. Les maladies rares

- *Une observation d'Aspergillose Broncho-Pulmonaire Allergique :* diagnostic souvent tardif, qu'il faut soupçonner devant un asthme difficile à contrôler sans cause précise et/ou un asthme avec expectoration de « moules » bronchiques.
Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments que sont : la sérologie aspergillaire, les IgE spécifiques aspergillaires (arrêt de commercialisation des réactifs pour pricks en France actuellement), l'élévation des IgE totales et la présence de bronchectasies proximales et/ou d'infiltrats labiles. L'isolement du germe dans les sécrétions bronchiques vient en second plan.

- *Une maladie de Churg et Strauss.* Il s'agit d'une vascularite inflammatoire avec atteinte multi- viscérale.
Le taux d'éosinophiles peut-être faussement diminué du fait qu'il s'agit souvent de patients avec asthme au premier plan et sous corticoïdes per os.
En dehors de tout traitement il est supérieur à 2000/mm3. Dans notre cas clinique, la sérologie ANCA était négative (environ 50% des cas). Les symptômes initiaux étaient trompeurs : simple symptomatologie d'asthme s'aggravant, l'altération de l'état générale et la neuropathie des 4 membres n'étant apparues que secondairement.
Le message fort est qu'il faut toujours suivre de très près de tels patients, dès que l'on suspecte une maladie de système « qui couve ».
C'est la biopsie neuromusculaire qui a permis le diagnostic, en mettant en évidence une nécrose des petits vaisseaux.
Cet examen est orienté par les données de l'électromyogramme préalable.

III.3. Un mot bref sur l'hyper-IgE

Cet examen ne devrait être demandé que pour des recherches

orientées, essentiellement lors du bilan d'asthmes sévères (recherche d'ABPA, guide pour la prescription d'omalizumab).
Néanmoins, en c as de découverte fortuite en dehors de ce contexte, se souvenir que les polysensibilisations et les parasitoses sont pourvoyeuses d'augmentation des IgE, tout comme la dermatite atopique et l'urticaire chronique.
Ce sont certainement les étiologies les plus fréquentes, à rechercher en première intention.
Des syndromes plus rares comme le Job-Buckley, le syndrome de Wiskott-Aldrich, certaines pathologies auto-immunes, s'accompagnent d'hyper-IgE, mais le contexte n'est alors pas une découverte fortuite.

CONCLUSION - POINTS FORTS

- Hiérarchiser
- Etre systématique
- Attention aux pièges des parasitoses
- 2 pathologies peuvent s'associer (« un train peut en cacher un autre »)
- Savoir revoir le patient, devant une hyperéosinophilie fluctuante sans diagnostic
- Encore une fois, la qualité de l'interrogatoire est le principal garant d'un bon diagnostic

Quelques références
1. E. Pilly. Maladies infectieuses et tropicales.
2. La Revue du Praticien-Monographies. Hyperéosinophilies. 2000. Tome 50 (6).
3. Prin et al. Les éosinophiles dans les réactions immunes physiologiques et pathologiques. In : Vervloet D, Magnan A. Traité d'Allergologie. Ed Médecine-Sciences Flammarion 2003. 255-271.
4- Site internet : **pneumotox.com**

Liste d'eviction des allergenes de contact : Nickel, Chrome, Cobalt, PPD, Colophane, Fragrance.

Rapporteur : Nacera Benammar-Bouayed
Expert hospitalier : Marie Sylvie Doutre
Expert ANAFORCAL : Michel Castelain
Animateur Organisateur : Antoine Khoury

INTRODUCTION

L'eczéma de contact constitue un motif fréquent de consultation. Les allergènes en cause sont nombreux. Seule leur reconnaissance permet la guérison par l'éviction.

I. OBJECTIFS

- Définir la pertinence d'un patch test positif
- Savoir se procurer les listes d'éviction
- Mettre en place une éviction allergénique ciblée
- Savoir proposer des alternatives (produits dépourvus de l'allergène en cause)

II. MATERIELS ET METHODE

L'atelier a rassemblé11 participants (allergologues et dermato-allergologues de différents pays) venus approfondir leurs connaissances.
L'animateur a proposé un travail en deux sous-groupes qui ont réfléchi chacun à la façon d'expliquer au patient comment éviter les allergènes auxquels il est sensibilisé et comment utiliser les listes d'éviction.
Puis le rapport de chaque sous-groupes à été discuté avec les experts.

III. RESULTATS

III.1.Eviction du nickel

Le nickel est un allergène fréquemment retrouvé, surtout chez la femme.
En cas de sensibilisation au nickel il faudra :

III.1.1. Eviter les contacts avec :

• Bijoux fantaisie, montres
• Clés, pièces de monnaie
• Montures de lunettes (en métal)
• Casseroles et ustensiles de cuisine en inox

III.1.2. Eviter des aliments riches en nickel :

• Margarines, huîtres, harengs
• Petits pois, haricots, épinards, asperges
• Chocolat, céréales pour le petit déjeuner
• Coulis de tomate
• Conserves : boites métalliques (maïs, confitures, légumes)
• Surgelés à faire cuire dans des ustensiles sans nickel

III.1.3. Tenir un journal alimentaire puis faire un régime d'éviction durant 1 mois.

III.2. Eviction du Cobalt

Cette sensibilisation accompagne souvent une sensibilisation au nickel.

On retrouve le cobalt dans :

- pigments bleus
- teintures foncées des tissus
- industrie de la fourrure
- ciments
- peinture à l'huile
- alliages en orthopédie et dentisterie
- galvanisation.

III.3. Eviction du chrome

La sensibilisation au chrome est souvent liée à certains métiers comme la maçonnerie.

III.3.1. Les éléments contenants du chrome sont :

- Ciments
- Peintures
- Chaussures, accessoires et vêtements en cuir (tannage au chrome)
- Pigments verts des ombres à paupières.

III.3.2. Remarques :

- il existe des chaussures sans chrome
- un laboratoire (Eye Care) commercialise un crayon à paupières vert sans chrome.

III.4. Eviction de la paraphénylènediamine (PPD)

III.4.1. La PPD se trouve dans :

- les teintures capillaires
- les tatouages temporaires ou labiles au « henné noir »

III.4.2. La PPD peut croiser avec

- les amines en para : sulfamides tq, sulfadiazine, argentique de certains pansements et tulles, Flamazine®
- IPPD
- les anesthésiques locaux de type ester : Benzocaïne, Novocaïne, Procaïne

III.4.3. Remarques :

- les teintures capillaires permanentes sont des éléments biphasiques (teintures + fixateur à base de peroxyde d'hydrogène) et contiennent de la PPD.
- les teintures semi permanentes ne font que se déposer sur les cheveux et partent après 4 à 5 lavages, elles ne contiennent pas de PPD...mais, attention d'autres allergènes que la PPD peuvent aussi (rarement) provoquer des allergies de contact.
- le henné naturel est sans PPD mais le henné noir en contient.
- pour le tatouage temporaire: il est sans oxydant, et le risque de sensibilisation à la PPD est plus élevé qu'avec la teinture capillaire où la PPD est rapidement oxydée en un composé moins sensibilisant.

III.5. Eviction de la colophane

On retrouve la colophane dans :

- Les adhésifs (anciens sparadraps)
- Certains hydrocolloïdes
- Cires épilatoires, encaustiques
- Lingettes nettoyantes
- Chewing-gum
- Cubes pour archet de violon

III.6. Eviction des fragrances

Il existe 2 groupes d'allergènes : le fragrance MIX1 et MIX2 et le lyral qu'il faut ajouter au MIX 2 d'Hermal (Stallergène) car il en est dépourvu mais pas à celui de Chemotechnique.

III.6.1. Fragrance MIX1 est un mélange de 8 éléments. Il se trouve dans les produits bon marché tels que les produits de vaisselle, les désodorisants, les produits de nettoyage et les parfums d'ambiance.

III.6.2. Fragrance MIX2 contient 6 éléments qui peuvent se trouver même chez les grands parfumeurs.

III.6.3. Remarque :

L'affichage est obligatoire pour les fragrances (les deux MIX) dans les produits cosmétiques en France. Mais, attention le même produit peut-être fabriqué dans un autre pays ou la législation n'est pas la même.

IV. DISCUSSION

L'atelier fut axé essentiellement sur :

- la pertinence d'un patch test
- Les listes d'éviction de chacun de ces allergènes et les sites Internet qui permettent de les retrouver

IV.1. Pertinence d'un patch test

IV.1.1. C'est le rapport entre le test et la cause de la pathologie. Il en existe différents types :

- la pertinence actuelle : le test est en rapport avec ce que le patient a actuellement
- la pertinence ancienne : le tests n'est pa en rapport avec la pathologie actuelle du patient
- la pertinence est inconnue

IV.1.2. La pertinence tiendra compte du résultat des tests

- en cas de test douteux ou + faible, la pertinence est souvent difficile à établir
- en cas de test ++ ou +++, on a plus de chance de trouver la pertinence

IV.1.3. Remarques

- le test peut être irritatif ou faussement positif : effet savon, pustuleux, effet bord.
- ou révélateur d'une allergie à un contaminant méconnu du matériel
- ou de pertinence difficile à déterminer, par exemple en cas de réactions croisées (PPD et colorants azoïques...)

IV.2. Les listes d'éviction et les sites Internet

IV.2.1. CD-ROM UCB

On y retrouve les listes d'éviction des allergènes de la batterie standard européenne

IV.2.2. Dr F.GIORDANO-LABADIE et Dr D.TENNSTEDT sous l'égide du GERDA réactualisé en 2008 avec ajout de Tixocortol, Budesonide, Dibromoglutaronitrile,
fragrances MIX 2 et Lyral

IV.2.3. Sites Internet

- **www.CDESKPRO.be** mis à jour régulièrement. l'inscription est gratuite mais un mot de passe est nécessaire. contacter **godelieve.janssens@u2.kuleuven.ec.be**
- Le site de Chemotechnique : **info@chemotechnique.se**
- Le site du laboratoire Destaing : **www.destaing.com**

ALLERGIE ET RECOMBINANTS 1

Rapporteur : Kai Kassmann, Aix en Provence
Expert hospitalier : Carine Metz-Favre, Strasbourg
Expert ANAFORCAL : Evelyne Bloch-Morot, Boulogne-Billancourt
Animateur-organisateur : Agnès Cheynel, Chambéry

INTRODUCTION

Cet atelier avait pour objet de faire le point sur l'état de nos connaissances actuelles concernant les allergènes recombinants de l'arachide et du latex, conduisant aux profils de sensibilisation avec l'expression clinique qui y est classiquement associée. Les objectifs de l'atelier étaient formulés de la façon suivante :

1. citer les 4 allergènes recombinants de l'arachide pour lesquels nous avons un dosage d'IgE spécifiques (technique Immunocap)
2. citer les 3 ou 4 allergènes recombinants du latex essentiels pour la démarche diagnostique et pour lesquels nous avons un dosage d'IgE spécifiques (technique Immunocap)
3. lister les 2 principaux «profils de sensibilisation» vis-à-vis de l'arachide avec l'expression clinique qui y est classiquement associée (dans l'état actuel de nos connaissances)
4. Identifier les principaux «profils de sensibilisation» vis-à-vis du latex avec l'expression clinique qui y est classiquement associée (dans l'état actuel de nos connaissances)

I. MATERIEL ET METHODE

Les participants, au nombre de 20 étaient allergologues exclusifs (12), pneumologues (2), pédiatres (3) et biologiste (1).
Ceux-ci étant inscrits depuis longtemps, le pré-test habituel avait été remplacé par un questionnaire en ligne (11 réponses / 20 inscrits). Il a montré que 80 % des praticiens avait déjà prescrit des dosages de recombinants mais qu'ils étaient plus à l'aise avec l'arachide qu'avec le latex.
Après la présentation des intervenants, des participants et des objectifs de l'atelier, un tour de table a précisé les attentes du groupe qui concernaient : les bonnes indications, la valeur pronostique éventuelle des résultats, l'influence des recombinants sur l'indication d'un TPO ou d'une ITS et surtout la place des recombinants dans la prise en charge des patients polysensibilisés.
L'atelier a été ensuite séparé en deux parties, la première autour du latex et la seconde autour de l'arachide.
Chacune a commencé par des cas cliniques débattus en commun avec les experts, puis notre expert hospitalier, Carine Metz-Favre, a fait une synthèse en fin de chaque partie.
Puis un cas clinique apporté par un participant a été critiqué en commun à la lumière des acquisitions précédentes.
Le post-test classique sera remplacé par un deuxième questionnaire en ligne portant sur la prescription des recombinants à distance de l'atelier.
Un rapide tour de table a permis de constater que les attentes des participants ont pu être satisfaites.

II. ALLERGIE AU LATEX

II.1. Les cas cliniques

II.1.1. Sophie a 23 ans, un bilan allergologique est demandé avant une intervention chirurgicale programmée car elle est la compagne d'un médecin.
Elle a des ATCD de pollinose de mars à juillet depuis 8 ans, mais pas d'ATCD de réaction allergique au latex ni d'intervention chirurgicale antérieure.
Le test cutané au latex est légèrement positif et les tests cutanés aux arbres et aux graminées sont franchement positifs.
A l'issue des tests cutanés, il se dessine un profil clinique correspondant probablement à une sensibilisation à la profiline dont la traduction clinique pour le latex n'est pas définie.(Figure 1)

Les IgE spécifiques des allergènes recombinants dans ce cas précis sont demandés pour asseoir un diagnostic et rassurer le patient et l'anesthésiste (qui redoute toujours l'allergie au latex). Résultats :

rHev b 8 = 22,6 kUI/l
rHev b 5 < 0,10 kUI/l
rHev b 6.01, 6.02 < 0,10 kUI/l
rBet v 1 = 50,2 kUI/l

Le marqueur de l'allergie au bouleau (rBet v 1) est positif de même que la profiline du latex rHev b 8. La positivité de la profiline rHev b 8 explique la polysensibilisation de la patiente. Elle n'est pas allergique au latex car elle n'a ni clinique parlante ni un profil de sensibilisation classique des patients allergiques au latex (positivité de rHev b5 et / ou rHev 6.01 / 6.02).
Dans le Nord de la France, le marqueur le plus représentatif des profilines est rBet v 2 alors que dans le Sud, on utiliserait plutôt rPhl p 12, la profiline de la phléole.

II.1.2. Inés, 9 ans. Sa consultation d'allergologie est motivée par les résultats d'un Mast-CLA demandé en première intention pour rhinite de mars à septembre, montrant une polysensibilisation à la quasi-totalité des allergènes testés dont le latex positif à 5.91kUI/l.
Le test cutané au latex est négatif (ALK, Stallergènes, gant ménager) ainsi que les IgE spécifiques des allergènes recombinants du latex associées classiquement à une allergie au latex (rHev b 1, rHev b 5, rHev b 6.01, 6.02) et le TPL au ballon de baudruche.

Il s'agit vraisemblablement d'une sensibilisation aux CCD (Cross-reactive Carbohydrate Determinants). Le résultat des IgEs de la broméline à 6,35 kUI/l, confirme cette hypothèse.
Le marqueur des CCD est la broméline (MUXF3chez PHADIA, Ro214), ou la peroxydase de raifort chez Immulite. A l'heure actuelle, la traduction clinique d'une sensibilisation aux CCD n'a pas été démontrée. 80 à 84% des patients positifs aux CCD ont des RAST positifs au latex, mais les IgE spécifiques des allergènes recombinants au latex sont négatifs dans 2/3 des cas.

II.1.3. Annette, 40 ans, est aide-cuisinière. Travaillant avec des gants en latex, elle présente une urticaire à leur contact ainsi qu'après ingestion de bananes et d'avocats.
Les tests cutanés sont positifs au latex, à la banane et à l'avocat, négatifs aux pneumallergènes.
Devant ce tableau clinique, quels dosages d'IgEs des allergènes recombinants du latex demander ?
Ici, seul rHev b 6,01 a été demandé car il répond aux 2 questions posées par cette patiente : il s'agit bien d'une allergie au latex et sa positivité explique les réactions allergiques croisées avec banane et kiwi. Cela permet également de mettre en garde contre le danger potentiel de la châtaigne. (Figure 2)

II.2. Rappel sur les allergènes recombinants du latex

II.2.1. r Hev b 8 (profiline) : chez un patient non sensibilisé aux pollens, il est peu probable qu'il soit sensibilisée à la profiline. Ce dosage ne sera donc pas demandé en première intention.

II.2.2. r Hev b 11 (chitinase de classe1) : est un allergène du latex qui croise avec les aliments (banane, kiwi, avocat, châtaigne). Cet allergène explique la réaction allergique croisée avec les fruits «latex-like».

II.2.3. rHev b 5 et rHev b 6,01/6,02 sont les marqueurs de l'allergie au latex. rHev b 6.01 est la prohevéine qui se scinde en 2 molécules : l'hevéine, rHev b 6.02 (protéine N-terminale) que l'on peut doser et Hev b 6.03 (protéine C-terminale) non encore disponible
L'allergie croisée repose sur l'hevéine (rHev b 6,02). Pour ne pas manquer les rares sensibilisations à Hev b 6,03, on dose plutôt le précurseur de ces 2 molécules, à savoir la prohevéine rHev b 6,01 pour faire le diagnostic de l'allergie au latex.

II.2.4. rHev b1 et b3 ne sont pas des facteurs de sévérité, mais les marqueurs de l'allergie au latex des poly-opérés seulement. Il est donc inutile de les prescrire en dehors de ce cadre particulier et facilement identifiable. (Figure 3)

Allergènes le plus souvent associés à une allergie au latex
Hev b 1
Surface des particules de caoutchouc, assure la polymérisation du latex
Peu représenté dans les extraits commerciaux
+ à face interne des gants
Hev b 3
Surface des particules de caoutchouc
+ à face interne des gants
Enfants poly-opérés
Spina-bifida
Réactivité croisée
Hev b1 et Hev b 3

III. ALLERGIE A L'ARACHIDE

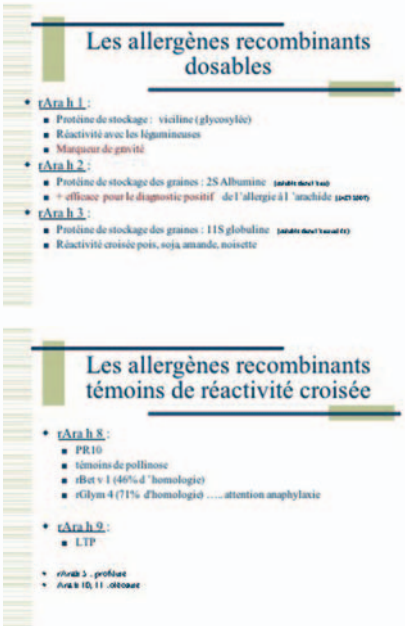
III.1. Cas clinique

Anne-Lise, 4 ans, est suivie pour une dermatite atopique et une rhinoconjonctivite allergique depuis 3 ans. Elle a des ATCD familiaux d'atopie.
En 2007, elle présente deux épisodes d'œdème du visage et des paupières après avoir touché des cacahuètes.
Les tests cutanés sont positifs pour l'arachide native et les acariens.
Les IgE sont > 100 kUI/l pour Dermatophagoides pteronyssinus et à 34,50 kUI/l pour l'arachide (f13).
Une éviction complète de l'arachide et un PAI sont proposés.
Un an plus tard, elle est revue pour un nouveau bilan. Il n'y a pas eu d'accident allergique pendant cette période sous éviction. Les tests cutanés restent très positifs pour l'arachide native, mais les IgE ont baissé à 8,77 kUI/l.
Le dosage des recombinants peut-il nous aider à évaluer la sévérité de l'allergie et à décider d'un TPO ?
Les participants ont proposé de contrôler les prick-tests à l'arachide et aux pneumallergènes pour disposer de données plus récentes. Le TPO à l'arachide sera décidé en fonction des résultats du dosage de rAra h 2 (qui confirme le diagnostic positif), rAra h 1 (qui permet d'estimer approximativement sa sévérité) et rAra h 8 (qui recherche une éventuelle allergie croisée avec les pollens) .

Résultats :
r Ara h < 4,98 kUI/l
r Ara h 1 < 0,10 kUI/l
r Ara h 3 < 0,10 kUI/l

Le dosage des IgE spécifiques rAra h 2 confirme l'allergie à l'arachide qui peut être potentiellement sévère malgré la diminution des IgE spécifiques f 13 qui pourait apporter une fausse sécurité. Le TPO permettrait de préciser la sévérité du régime d'éviction.

III.2. Synthèse. (fig. 4 et 5)


Les allergènes recombinants dosables
rAra h 1 :
Protéine de stockage : viciline (glycosylée)
Réactivité avec les légumineuses
Marqueur de gravité
rAra h 2 :
Protéine de stockage des graines : 2S Albumine
+ efficace pour le diagnostic positif de l'allergie à l 'arachide
rAra h 3 :
Protéine de stockage des graines : 11S globuline
Réactivité croisée pois, soja amande, noisette
Les allergènes recombinants témoins de réactivité croisée
rAra h 8 :
PR10
témoins de pollinose
rBet v 1 (46% d 'homologie)
rGlym 4 (71% d'homologie) ..... attention anaphylaxie
rAra h 9 :
LTP

Schématiquement, on peut résumer l'apport des IgE spécifiques des allergènes recombinants les plus souvent demandés de la façon suivante :

III.2.1. r Ara h 1 est un facteur de sévérité. C'est également le marqueur de la réactivité croisée avec les légumineuses.

III.2.2. r Ara h 2 est le marqueur de l'allergie à l'arachide.

III.2.3. r Ara h 3 est le marqueur de la réactivité croisée avec pois, soja, noisette, amande.

III.2.4. r Ara h 8 est une PR 10, homologue de Bet v 1 et Mal d 1, exposant à un faible risque d'allergie sévère dans les situations habituelles d'exposition.
Attention : quand cette protéine PR 10 est artificiellement concentrée, comme c'est le cas par exemple dans des jus de soja contenant beaucoup de Gly m 4 (PR 10 du soja), l'ingestion d'une quantité importante peut conduire à l'anaphylaxie.

Pour la pratique : rAra h 1,2 et 3 sont surtout des marqueurs d'une allergie acquise tôt, à utiliser de ce fait chez les enfants et les adultes dont l'histoire clinique a débuté dans l'enfance. Sinon, on se servira chez l'adulte surtout de rAra h 8, une PR-10 responsable du syndrome oral, et de r Ara h 9, la LTP dont le dosage est disponible depuis peu et qui signe une allergie à l'arachide plutôt grave.

IV. APPLICATION

L'atelier s'est terminé par la présentation d'un dernier cas d'allergie croisée proposé par l'un des participants.
Une alsacienne de 36 ans consulte pour une pollinose de mai à juillet et un syndrome oral avec la pomme et les fruits de la famille des rosacées.
Les tests cutanés montrent une polysensibilisation aux arbres, aux graminées, à la pomme et à la pêche.
Le dosage des IgEs aux recombinants demandés donne les résultats suivants :

r Pru p 1 < 49,60 kUI/l
r Pru p 3 < 0,10 kUI/l
r Phl p 1 < 10,60 kUI/l
r Bet v 1 < 98,10 kUI/l
r Bet v 2 < 0,10 kUI/l

Chez cette patiente polysensibilisée, le dosage des IgE spécifiques de rPhl p 1 confirme que la sensibilisation aux graminées repose sur une sensibilisation à un allergène majeur des graminées. L'ITS aux graminées peut être proposée.

L'allergie aux rosacées repose sur une sensibilisation à la PR 10 acquise en Alsace, du fait d'une forte exposition au pollen de bouleau. La patiente n'y étant actuellement plus soumise et la désensibilisation n'ayant pas fait ses preuves sur l'amélioration des allergies alimentaires croisées, l'indication de la désensibilisation au pollen de bouleau n'a pas été retenue.
Le dosage des IgE spécifiques de r Pru p 1 ne se justifie pas, du fait de la mise en évidence d'une sensibilisation à r Bet v 1 et de leur forte homologie structurale. (N'oublions pas que nous restons limités à 5 allergènes unitaires demandés par ordonnance)
Les IgE spécifiques de r Pru p 3 (LTP de pêche) étant négatifs pour l'instant, la patiente peut être rassurée, la symptomatologie devrait se limiter à un syndrome oral. Mais les changements d'habitudes alimentaires depuis qu'elle vit dans le sud pourraient, chez cette patient atopique, entraîner au fil du temps une sensibilisation aux LTP. Si la patiente devait présenter une symptomatologie plus grave dans les années à venir, le dosage des IgE de r Pru p 3 pourrait être redemandé.

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QCM: ALLERGIE ET INTOLERANCE AUX FARINES ET GLUTEN

Q1. Parmi les propositions suivantes cocher celle(s) qui est (sont) exacte(s) :

A- L'allergie au blé est plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant
B- Le test de provocation orale est indispensable au diagnostic de l'allergie au blé
C- La détection d'IgE spécifiques contre l'Omega5 gliadine traduit l'existence d'une allergie au blé induite par l'effort
D- Il faut déconseiller la consommation de blé aux patients allergiques aux graminées et présentant un test cutané positif pour la farine de blé.

Q2- Parmi ces propositions sur les isolats de blé quelle(s) est (sont) celle(s) qui est(sont) exacte(s) :

A- L'isolat de blé est présent dans l'alimentation sous la dénomination de protéine de blé.
B- L'étiquetage des isolats n'est pas obligatoire en Europe
C- Les isolats ne se retrouvent que dans les produits alimentaires.
D- L'allergie aux isolats entraîne le plus souvent des réactions très sévères.

Réponse(s) exacte(s) Question 1 : A, C -Question 2 : A, B, D

QCM : TESTS MEDICAMENTEUX EN PRATIQUE DE VILLE

Q1. Concernant les tests cutanés aux produits de contraste iodés, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) exacte(s) ?

A- Les tests cutanés en prick et IDR peuvent être effectués en cabinet de ville
B- Les tests épicutanés à lecture retardée peuvent être utiles
C- Les IDR à concentration croissante sont débutées à la concentration de 1/20
D- Aucune des propositions n'est exacte

Q2. Concernant les tests cutanés aux béta-lactamines, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) exacte(s) ?

A- L'existence d'un asthme allergique majore le risque de réaction secondaire lors des tests cutanés diagnostiques aux bétalactamines
B- L'exploration d'une allergie immédiate à l'amoxicilline comprend nécessairement un prick-test à la concentration de 25 mg/ml, voir plus dilué en fonction de l'histoire clinique, avant la réalisation d'IDR à concentration croissante
C- Des tests cutanés et biologiques négatifs à l'amoxicilline chez un patient ayant présenté une urticaire après prise d'un comprimé de cet antibiotique deux mois auparavant, autorisent un test de réintroduction en cabinet de ville
D- Aucune des propositions n'est exacte

Q3. Devant une allergie immédiate au Zithromax laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) exacte :

A- Je ne fais rien
B- Je fais un certificat de contre indication uniquement au Zithromax, sans bilan
C- Je base mon diagnostic sur les résultats des tests cutanés
D- Je contre indique les macrolides

Q4. Vous recevez un patient suspect d'allergie à Innohep, que pouvez-vous lui proposer ?

A- Tests cutanés avec l'Innohep
B- Eviction systématique de la molécule sans autre bilan
C- Tests cutanés avec Innohep et quelques autres héparines

Réponses Q1 : A et B ; Q2 : B ; Q3 : B ; Q4 : A et C

QUID DU SYFAL ?

Voilà six mois déjà, les deux syndicats représentant la population des allergologues ont fusionné en SYndicat Français des ALlergologues (SYFAL). Méiose délicate, pensez-vous, entre deux entités où longtemps la suspicion a dominé !

Qu'en est-il 6 mois après cette rencontre entre les Membres de l'ANAIS et du SNAF ?
Chacun a pu constater qu'il n'y a pas eu de coup d'éclat médiatique.
Les déçus d'avant le sont encore, les septiques d'hier le restent, les rares optimistes y croient encore, les dubitatifs semblent encore nombreux....

Pourquoi tout cela ne débouche-t-il pas déjà sur des propositions tonitruantes issues de la réflexion des 2 entités maintenant unifiées ?

Déjà il faut savoir qu'il y a des contraintes administratives non encore résolues. Imaginez que nous sommes encore obligés de garder les deux trésoreries des syndicats défunts tant que le dépôt des nouveaux statuts n'aura pas été entériné par les pouvoirs publics. Nous n'excluons pas de recourir au médiateur de la République pour tenter d'accélérer le processus.
Réussir le « melting- pot » des élus aura été plus facile qu'il n'aurait pu le paraître.
Un récent week-end de travail à Bruxelles, lors de la réunion ABEFORCAL / ANAFORCAL aura permis de lier les différentes personnalités, ébaucher les actions à mener, définir les limites de notre action et de nos objectifs.

Plusieurs constats

- Nous avons des atouts pour promouvoir notre discipline : il va de soi que nous n'avons pas renoncé à faire de **l'allergologie, une entité à part entière.** Mais je ne peux entrer dans les détails des négociations en cours où tout se joue et ne peux vous dévoiler toutes les cartes à jouer.
- J'ai pu noter l'optimisme et surtout la détermination de tous les Membres de ce nouveau bureau.
- Nous avons pu constater combien toutes les démarches sont chronophages : Relation avec les Ministères, la C.P.A.M., les Centrales Syndicales (CSCMF SCML FMF) ou encore la S.F.A. (Société Française d'Allergologie), la F.F.A. (Fédération Française de l'Allergologie), l'ANAFORCAL (Association Nationale de Formation Continue en Allergologie), demandant à tous une énorme disponibilité.

Aucune de ces différentes instances ne peut être négligée.

Nous avons remodelé le journal du SYFAL et programmé déjà les différents numéros pour 2010 où pourront être confirmées et précisées les actions menées, énoncées les nouvelles (bonnes ou mauvaises) concernant notre spécialité parallèlement aux rubriques adressées par mail à nos adhérents.

Tout cela peut paraître désuet à nombreux d'entre vous, désabusés, pragmatistes de tout bord, usés par l'engagement dans des associations ou jamais impliqués. Sachez qu'au moins **DOUZE** d'entre nous croient encore à notre spécificité.

Nous avons déjà enregistré fin octobre, environ 220 adhésions à ce nouveau Syndicat. Il va de soit que **le nombre de syndiqués est notre meilleur soutien et notre meilleure arme, pour affirmer haut et fort, l'originalité de notre compétence.**

Au sein de la Fédération Française de l'Allergologie où existent des structures porteuses, des pans de mur de pierres, telles que la Société Française d'Allergologie, l'ANAFORCAL, le Collège des Enseignants, **le SYFAL a sa place de lien, de ciment pour agréger au mieux l'ensemble des structures et proposer une vision juste de notre activité** auprès des pouvoirs publics, des grandes entités syndicales, des patients et de l'ensemble de la population.

Tout cela doit à terme, au sein de l'Union Européenne être multiplié par 27 et nous permettre de promouvoir encore plus et mieux l'allergologie.

Sans le secours des autres, nous ne pouvons rien !

Cela nous incite à vous proposer d'être tous **acteurs** lors de la journée de l'Allergie, le 23 Mars 2010 (thème choisi « l'enfant allergique et son devenir »), pour sensibiliser au mieux la population à l'importance des allergies dans notre quotidien et à intervenir au nom de la Communauté Allergologique, regroupée au sein de la Fédération Française d'Allergie.

Cela m'incite à vous demander de vous impliquer par vos **adhésions afin de soutenir notre démarche** où nous saurons être transparents et efficaces.

Le lundi 09 novembre 2009

Jean-Charles BONNEAU
Médecin allergologue, à ANGERS (49)
Membre du bureau du SYFAL

Allergologie pratique

CONGRES

FRANCE

15-16 janvier 2010 : XIVèmes Journées d'Études Scientifiques du RNSA - AMIENS
23 mars 2010 : Quatrième Journée Française de l'Allergie (JFA) sur le thème « L'enfant allergique »
27-30 avril 2010 : Cinquième Congrès Francophone d'Allergologie (CFA) SFAIC/ANAFORCAL - PARIS

27 avril 2010 : Cours de perfectionnement du JAMA. Allergie aux protéines du lait de vache et allergie à la pénicilline
27 avril 2010 : Cours de perfectionnement de la SPLF. Les pneumopathies d'hypersensibilité
cfa2009@margauxorange.com
21-23 mai 2010 : IXème Séminaire Botanique et Allergie - Pays Basque
Comme chaque année, nous découvrirons durant un week-end les secrets de la flore d'une région française. Vous recevrez début 2009 toutes les informations ainsi qu'un bulletin de pré-inscription à renvoyer dans les meilleurs délais (nombre de places limité, inscriptions par ordre d'arrivée)
24-26 juin 2010 : XXXVIIèmes Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Allergologie et d'Immunologie Clinique (EPU) - MARSEILLE
colette.volpi@ap-hm.fr
15-18 septembre 2010 : Xème Congrès de l'European Society of Contact Dermatitis (ESCD) et 31ème Cours d'actualisation en dermo-allergologie (GERDA) – STRASBOURG
info@escd-gerda2010.com

INTERNATIONAL

26 février-2 mars 2010 : American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAAI) - NEW ORLEANS
info@aaaai.org
14-19 mai 2010 : American Thoracic Society (ATS) - NEW ORLEANS (Louisiane)
5-9 juin 2010 : XXIX Congress of the European Academy of Allergology (EAACI) - LONDRES (Angleterre)
info@eaaci.net
18-22 septembre 2010 : European Respiratory Society (ERS) - BARCELONE (Espagne)
www.erscongress2010.org
19-23 septembre 2010 : World Allergy Congress (WAC) - KOBE (Japon)
wac@wacong.org
21-23 octobre 2010 : IXemes Rencontres Francophones de Formation Continue en Allergologie.
ANAFORCAL/ GTFORCAL - TUNIS-GAMARTH (Tunisie)

MINI-STAGE DU CICBAA

NANCY
3-4 décembre 2009 : *ALLERGIES ALIMENTAIRES :*
Diagnostic biologique par allergènes recombinants. Allergènes recombinants.

Informations pratiques :
- lieu : service de Médecine Interne, Immunologie Clinique et Allergologie, Hôpital Central, Nancy,
- tarif : 180 euros (déjeuners inclus) chèque à libeller à l'ordre du CICBAA et à adresser à Madame Barrat, secrétaire du Pr DA Moneret-Vautrin
- horaires : 8h30-17h
- pour tout renseignement : ***s.barrat@chu-nancy.fr***

EPINAL
11-12 mars 2010 : *ALLERGIES ALIMENTAIRES*
24-25 juin 2010 : *ALLERGIES MEDICAMENTEUSES*

Informations pratiques :
- lieu : Service d'allergologie. CH Jean Monnet Maison de Santé Saint Jean - BP 590 - 88021 - Epinal Cedex
- Pour tout renseignement s'adresser au docteur Etienne Baudouin : ***eb88@orange.fr***

Le thème retenu pour la troisième édition du concours 2010 est le FEU.
Thème particulièrement brûlant…
Ne laissez pas passer cette nouvelle édition et en route pour les photos.

Infos pratiques : Envoyez vos photos dès maintenant à Antoine Khoury
antoine.khoury@wanadoo.fr
Format des photos : .jpg / Taille max : 1400 x 900 (pixel/pouce) / qualité : 300 dpi
Les photos proposées doivent être en orientation paysage.

SFA - ANAFORCAL

Les Allergies Alimentaires

5e Congrès Francophone d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot
27 au 30 avril 2010

Renseignements / Inscriptions : Margaux Orange – www.congres-allergologie.com

L'allergologie côté **pratique**s

SERVICES & SUPPORTS STALLERGENES

Donner du sens aux services

Jour après jour, Stallergenes développe une offre de services pour faciliter votre pratique quotidienne :

- **Le diagnostic** de l'allergie
- **La prescription**
- **L'éducation thérapeutique** et le suivi du patient
- **L'information** pharmaceutique et médicale
- **La FMC** Formation Médicale Continue
- **Le service Patients** Stallergenes

Autant d'actions et d'aides pour vous permettre de vous concentrer sur votre art...

© L'Etoit Unlimited

Ligne médecin : 01 55 59 20 15

STALLERGENES
Immunothérapie allergénique